

"Livet før døden"

- en beskrivelse av livet på et sykehjem

Kristine Mydske-Earl



Masteroppgave ved Sosialantropologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

22.mai 2012

"Livet før døden" - en beskrivelse av livet på et sykehjem



© Forfatter Kristine Mydske-Earl

År 2012

Tittel "Livet før døden"

- en beskrivelse av livet på et sykehjem

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Jeg har gjort feltarbeid på et sykehjem i Oslo fra begynnelsen av januar til juli 2011. Jeg har tatt utgangspunkt i Victor Turners teorier om rites-de-passage, og sett at livet på et sykehjem kan sammenliknes med det Turner beskriver som liminalfasen. I det man blir beboer på et sykehjem, blir man ofte strippet for tidligere identitet, og må gjenskape seg selv og sin nye rolle som beboer på et sykehjem. Livet på en institusjon er på mange måter et lukket liv, et liv som foregår utenfor samfunnet vi lever i. Dette mens sykehjemmet befinner seg innenfor det samme samfunnet. All aktivitet foregår på sykehjemmet, og kan derfor beskrives som en total institusjon. Jeg har i oppgaven min sett på flere aspekter ved livet der. Oppgaven begynner med en innledning og metode del, før jeg tar for meg noen aktuelle teorier. Jeg gir så en beskrivelse av sykehjemmet, og den posten jeg var på. Så følger de fire empiriske kapitlene. Her tar jeg for meg beboerne, deres relasjoner til hverandre og til pleierne. Jeg ser på hvordan det er å være gammel på en institusjon i forhold til makt og skjevhet, nærhet og avstand til hverandre, og hvordan dette utspiller seg i hverdagen. Jeg beskriver også rutiner, deriblant måltider og aktiviteter. Jeg ser på hva dette betyr for beboerne, og tar også med noen spesielle hendelser. Kropp er viktig i forhold til hvordan livet utspiller seg på sykehjemmet, og også med hensyn til hvordan de klarer å formidle sin identitet. Da spesielt i forhold til helse, sykdom og tap av kroppslige funksjoner. For mange er det viktig å klare mest mulig selv, samtidig som de også er opptatt av sunnhet og god helse. Mine funn tilsier at de aller fleste klarte å gjenskape seg selv som sykehjemsbeboer, med de samme verdier som de har hatt med seg hele livet, men nå i en ny kontekst. Hverdagen var preget av at informantene mine fortalte meg om livet de hadde levd før. De formidlet sin identitet ved hjelp av minnearbeid. De var også opptatt av nyhetsbildet, og satte dette ofte i sammenheng med tidligere hendelser de hadde opplevd eller vært vitne til. Til slutt tar jeg for meg døden på sykehjemmet. Det vil si at jeg tar for meg noen dødsfall, og beboernes reaksjoner på disse. Døden ligger hele tiden som et bakteppe for livet på et sykehjem, og oppholdet der avsluttes også med døden. Det var derfor naturlig å avslutte oppgaven med dette.

Forord

En masteroppgave skriver seg ikke selv, og heller ikke uten hjelp og støtte fra venner og familie. Jeg vil gjerne takke alle de som har bidratt til at denne oppgaven har latt seg gjennomføre. Takk til alle dere på sykehjemmet, beboere og ansatte. Jeg kan dessverre ikke nevne noen av dere med navn av hensyn til deres anonymitet. Men dere vet hvem dere er. Takk for at jeg fikk være hos dere i seks måneder, og at dere delte livene deres med meg. Jeg har hatt et utrolig fint feltarbeid takket være dere. Jeg har i tillegg til å bli godt kjent med dere, også fått kunnskap om en tid jeg selv ikke har levd i. Tusen takk også til min veileder Paul Wenzel Geissler for kyndig hjelp, nyttige innspill og oppmuntring. Uten deg hadde ikke denne oppgaven blitt noe av. Takk også til Audun Myskja for oppmuntring og diskusjoner om valg av felt i en oppstartsfasen. Jeg vil også takke min far for alltid å lese alt jeg noen gang har skrevet, samt alltid å komme med kloke betraktninger. Takk også for at du er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det. Min mor har også gjort en uvurderlig innsats med sitt lupeblikk. Uten hennes språkvask ville oppgaven hatt en lavere kvalitet. Jeg vil også takk mine medstudenter for nyttige innspill og gjennomlesning underveis. Takk også for sosialt påfyll. Jeg har noen svært tålmodige venner som har vist stor forståelse for at jeg til tider har forsvunnet under oppgaveskrivingen. Takk for oppmuntring og vennskap. Takk til min bror Peter Mydske for fotografering til oppgaven, og min søster Tale Mydske for gjennomlesning og kommentarer. Takk til min mann Mark Earl for tålmodighet og pass av hund og barn slik at jeg kunne skrive. Til sist, men for all del ikke minst, takk til min sønn Scott Alexander som i kraft av å være seg selv gir alt mening og perspektiv, samt all den oppmuntring som trengs for å gjennomføre en masteroppgave. Denne oppgaven er til deg.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
Fokus og problemstilling.....	4
Metode.....	5
Etiske implikasjoner.....	9
2. Teorier	11
Rites-de-passage.....	12
Den totale institusjonen	15
Norge som kontekst.....	16
Alderdom.....	19
Tidligere forskning.....	21
Kropp og død i antropologien.....	24
3. Sykehjem og sted.....	28
Sykehjemsliv	28
Sted.....	29
Solåsen sykehjem	30
Post 2	32
Rommene	34
4. Beboerne	37
Eldre på en institusjon	38
Else	39
Lilly.....	41
5. Relasjoner	44
Avstand	44
Forhold.....	46
Makt og skjevhet.....	47
Gammel	48
Hverdag.....	49
Pårørende	52
6. Rutiner	55
Mat.....	55
Aktiviteter.....	56
Organisering	57
Vaner.....	60
Hendelser	61
7. Kropp.....	64
Sykdom.....	65
Helse.....	68
Mosjon	70
Det mørke	72
Grenser.....	74
8. Minner.....	76
Bakgrunn.....	76
Utenriks	79
Internt	81

9. Døden	82
Død i verden	83
Dødsfall	85
10. Avsluttende kommentarer	88
Til slutt	92
Litteraturliste.....	93

1. Innledning

Det er fredag og klokken har passert 1300. Vi sitter rundt bordet som vanlig og spiser lunsj. Siden det er fredag, er det kaffe og vafler til dessert. Jacob, Lilly og jeg sitter ved den ene enden av bordet og samtaler hyggelig. Jacob forteller om hvordan hans kone er fabelaktig flink til å ordne opp i det meste for ham. Han har akkurat hatt besøk av sin private fysioterapeut som konen har sørget for at kommer og hjelper ham. Han har mye smerter, og klager litt over at han ofte må vente for lenge for å få de smertestillende medisinene sine her på sykehjemmet. Når han er hjemme, passer kona alltid på at han får dem i tide. Lilly kommenterer at kona til Jacob er en grepa dame som ordner opp. Hun påpeker også at det er en nødvendighet med engasjerte pårørende for å få dekke alle behov ved sykehjemmet. De er begge enige i at det er en katastrofe at Jacob måtte vente så lenge på smertestillende kvelden i forveien, men at det dessverre er et gjentakende problem her. Samtalen kommer etter hvert inn på hvordan livet fortonet seg før, da de bodde hjemme med barn og ektefeller. Det er mange positive minner som kommer frem, og som de gjerne deler med meg. Plutselig begynner Jacob å klage over sure oppstøt, og en pleier kommer til for å rette ham opp i rullestolen. Fem minutter senere kaster han opp. Han beklager så mye overfor Lilly og meg, før han blir trillet inn i dusjen, så inn i sengen. En time senere er Jacob død.¹

Livet på sykehjemmet har én utgang, døden. Den er nærværende på en helt annen måte enn de fleste av oss er vant til i våre daglige liv. Beboerne på sykehjemmet mister sine venner og bekjente med jevne mellomrom. Noen dør brått, slik som Jacob, mens andre har vært sengeliggende og svært syke de siste dagene eller ukene av livet. For meg ble dødsfallene jeg var vitne til sterke opplevelser, og noe jeg ikke var godt nok forberedt på. Det er flere sider av livet på et sykehjem som fortoner seg markant annerledes enn hvordan jeg hadde sett det for meg i forkant av feltarbeidet.

¹ Utdrag fra feltnotater april 2011

Fokus og problemstilling.

Her vil jeg kort gjøre rede for mitt hovedfokus, og noen av spørsmålene jeg stilte meg før og under feltarbeidet mitt. Jeg har våren 2011 gjort feltarbeid på et sykehjem i Oslo. Jeg ville se på hvordan livet fortoner seg for eldre i en pleiefase på en institusjon. Det som slår meg som mest i øyenfallende er hvordan livet der på en måte er utenfor samfunnet, samtidig som sykehjemmet ligger midt i samfunnet vårt. Det er på flere måter et lukket liv på en institusjon, som de fleste av oss ikke vet noe om, selv om mange vil ende der. Samtidig ligger sykehjemmene midt i blant oss. Denne usynligheten av livet på sykehjem danner bakgrunnen for mitt valg av felt, og jeg vil med denne oppgaven gi et bilde av hvordan livets siste fase oppleves der. Hva det er som er viktig for beboerne av et sykehjem, og hvordan hverdagen oppleves der, er noe av det jeg vil forsøke å svare på. Mange av oss vil havne på et sykehjem i livets siste fase, og jeg mener at det er viktig å gjøre denne usynlige delen av samfunnet mer synlig. Hva foregår innenfor sykehjemmets fire vegger, og hvordan er det å leve der? I lys av dette vil jeg argumentere for at livet på et sykehjem på mange måter kan sammenliknes med det som kalles en liminalfase i *rites-de-passage* studier (van Gennep 1960 (1906)) og Turner 1967) i antropologien. Mitt hovedfokus vil dermed være å se på denne liminaliteten som utspiller seg i livet på et sykehjem, hvordan identitet skapes og reforhandles i en sosial prosess. Jeg vil også se på sykehjemmet som en total institusjon, og hva denne rammen betyr for beboerne. Oppgaven begynner med hvilken metode (kapittel 1) jeg har brukt, før jeg forteller om teorier og Norge som kontekst, samt generelt om alderdom (kapittel 2). Så vil jeg fortelle om sykehjemmet og stedet det ligger på (kapittel 3). Beboerne blir så presentert i det påfølgende kapittel (4). Denne oppgaven vil også inneholde beboernes fokus på relasjoner til hverandre og til pleiere, hvordan de reforhandler sin egen identitet i forhold til de andre (kapittel 5). Noen av beboerne velges bort som venner eller samtalepartnere av andre beboere, og jeg viser hvordan dette er med på å styrke de eldres egen identitet som for eksempel ikke-dement. Rutiner på sykehjemmet, eventuelle brudd på disse, og hva det har å si for hverdagen til beboerne, vil jeg beskrive i et eget kapittel (6). Jeg har også sett på beboernes forhold til kropp, og da i henhold til hvordan antropologien forholder seg til temaet kropp (kapittel 7). Minner og glemsel er en stor del av livet på sykehjemmet, og minner om tidligere tider er med i samtaler til

beboerne stort sett hver dag. Jeg vil presentere noen av minnene, og hvordan de kom til uttrykk i et eget kapittel (8). Døden er hele tiden present på sykehjemmet. Døden er også et velkjent tema i antropologien, men i motsetning til hvordan de fleste antropologer har studert temaet, nemlig etter at folk er døde og deres begravelsesritualer, vil jeg i all hovedsak se på hva som skjer i forkant av døden. Jeg tar for meg noen dødsfall, og hvordan disse påvirker flere av de gjenlevende (kapittel 9). De fleste antropologer har studert det vi oppfatter som den naturlige døden, men noen har også sett på andre måter å død på, som for eksempel ved selvmord, ofringer, mord, ulykker, trolldom og hekseri. De dødsfallene jeg omtaler i oppgaven faller under begrepet naturlig død. Oppgaven min avsluttes med et oppsummerende kapittel (10).

Mitt fokus er å skildre livet fra beboernes ståsted, og for å kunne gjennomføre dette, har jeg brukt deltakende observasjon. Jeg vil skrive mine betraktninger og analyser ispedd informantenes egne utsagn, samt at jeg knytter det opp mot antropologisk teori. Først vil jeg begynne med hvordan datainnsamling foregikk, samt de etiske hensyn jeg har tatt.

Metode

Ved å gjøre feltarbeid i Norge, søkte jeg objektivitet i det familiære (Bourdieu 2002). Med det familiære mener jeg det norske samfunn og de eventuelle forhåndsoppfatningene jeg hadde om hvordan det er å bo på sykehjem. Som metode har jeg brukt deltakende observasjon, men hadde noen naturlige begrensninger fordi jeg hverken er gammel eller kunne bo på sykehjemmet. Jeg forsøkte å være en objektiv deltaker og observatør i aller største grad. Jeg tilbrakte stort sett alle dager på sykehjemmet, med unntak av helger hvor jeg var der mer sporadisk. Jeg bodde hjemme hos meg selv, og fikk derfor pauser fra felten hver dag. Jeg fikk være med på flere høytider og arrangementer som påske, 17. mai, utflukter, sommerfest, bursdager og noen bisettelser. Jeg ble kjent med noen av de pårørende, slik at det ble naturlig for meg å delta på mer private arrangementer. Det var også et par store begivenheter som ble vist på tv, og markert på sykehjemmet, slik som Wenche Foss sin begravelse, og Prins William av Wales og Kate Middelthons bryllup, samt verdensmesterskapet på ski i Oslo. Da samlet alle seg foran de to tv-ene på den avdelingen jeg var, og så begivenhetene

sammen. Noen valgte også å se tv-sendingene fra eget rom. Under vm på ski laget sykehjemmet til et vm-studio nede i aktivitetsrommet, hvor man kunne følge begivenhetene på storskjerm. Bryllupet mellom Prins William og Kate ble dessuten feiret med en festmiddag for alle beboerne. Bordene ble dekket pent med hvite duker, fargete servietter og trykket meny til alle. En treretters festmiddag ble servert, med vin å drikke til for dem som ønsket det.

Innsamling av data foregikk i all hovedsak gjennom samtaler, deltagende observasjon og noen ustrukturerte intervjuer. Jeg tok ikke opp noen av samtalene på bånd, og noterte heller ikke i stor grad under samtalene. De gangene jeg gjorde det, ble de eldre veldig fokusert på at jeg skal skrive en avhandling, og de ville svært gjerne svare riktig. "*Dette må du få med i boken din*", ble da en gjenganger. Jeg skrev derfor feltnotater og dagbok etter at jeg var kommet hjem på kveldene. Jeg satt også stille og bare observerte ved flere anledninger, samt at jeg også var med i selskaper hvor pårørende også var. Hvis det var detaljer jeg var usikker på om jeg hadde husket riktig, spurte jeg informanten neste dag. De fleste var svært takknemlig for at jeg ville prate med dem, og fortalte gjerne samme historien flere ganger. Noen dager fikk jeg litt for meg selv, og skrev noe feltnotater på sykehjemmet. I begynnelsen av feltarbeidet var jeg først bare tilstede ved frokost. Da måltidet var over, vinket de meg høflig av sted. Etter en uke sa jeg at jeg gjerne ville tilbringe mer tid sammen med dem på sykehjemmet, og etter bare et par tre uker tok de meg for gitt. Jeg kledde meg bevisst ikke i hvite pleierklær for ikke å bli oppfattet som en ansatt. De eldre oppfattet meg derfor mer som en alliert, og sa mitt nærvær var med på å skape en "større følelse av hjem". Nettopp det at jeg satt ved bordet, gikk rundt i gangene, besøkte folk på rommene og var med på aktivitetene uten å være på jobb, bidro til denne forståelsen. Alle var imidlertid klar over at jeg studerer ved Universitet i Oslo, og skal skrive om livet på sykehjemmet. Jeg fikk veldig nær kontakt med to av damene som bor der, som ble mine hovedinformanter. Jeg fikk dessuten også god kontakt med 6-7 av de andre beboerne. I tillegg ble jeg kjent med ytterlige 13 andre som jeg vil bruke noe i oppgaven. Et par av disse døde dessverre under feltarbeidet mitt. De fleste av beboerne er mellom 80 og 100 år. Informantene vil i oppgaven bli omtalt som beboere, eldre eller informanter. Jeg vil gi alle informantene fiktive navn, og introdusere dem etter hvert. Alle informantutsagn vil stå i kursiv, med anførselstegn foran og bak. Mine feltnotater vil stå i kursiv. Beskrivelsen av sykehjemmet og dets

beliggenhet er forandret noe for å ivareta anonymiteten. Jeg har funnet på navnet Solåsen, for å ha et arbeidsnavn på sykehjemmet under skrivefasen. I noen tilfeller vil en informant bli omtalt som to, for å ytterligere bevare vedkommendes anonymitet.

Det er mye rutine på sykehjemmet, og mange av dagene var like i den forstand at rutinene ble fulgt med hensyn til måltider og tidspunkter for aktiviteter. Dette skaper en forutsigbarhet, og gjorde det også enklere for meg å lære døgnrytmen på sykehjemmet. Jeg fikk også god kontakt med aktivitørene som var flinke til å informere meg om forskjellige aktiviteter som skulle foregå. Dette gjorde det lett for meg å planlegge og forberede meg. Alle aktiviteter ble riktignok ikke gjennomført som planlagt.

Jeg kom til frokost stort sett hver dag. Alle spiser ikke frokost samtidig, slik at jeg forsøkte å komme slik at jeg fikk sittet litt sammen med flere. Jeg satt som oftest rundt et stort bord, hvor de fleste av de som var mentalt friske satt, disse hadde somatiske sykdommer, det vil si fysiske skader. Én hadde ødelagt ryggen, én hoften, én hadde Parkinsons, én hadde hatt slag, og én satt i rullestol på grunn av skadet lårhals. Felles for dem alle var at de satte pris på hverandres selskap og samtalen rundt bordet. En av mennene, Einar, var blant dem som kom tidlig til frokost. Han beklaget seg til meg over flere av damene ikke var kommet ennå. "*De sover alt for lenge*", sa han flere morgener. Jeg tok meg kaffe og satte meg ned ved bordet. Etter hvert kom de andre til frokost også. Frokosten varte på denne måten flere timer. Noen av mennene kunne spise mellom klokken 8 og klokken 9, mens de siste ikke kom før etter klokken 10. Jeg satt derfor ved frokostbordet i opp til tre timer hver dag. Jeg hjalp til med å skjenke kaffe, riste brød og hente ekstra pålegg til de som ønsket det. På denne måten var det også lettere å bli en del av hverdagslivet på sykehjemmet. Når frokosten så var unnagjort, trillet jeg de som satt i rullestol inn på rommene sine igjen. Slik fikk jeg også innblikk i hvordan de hadde det på rommene sine. De fleste inviterte meg villig inn, og fortalte meg om tingene sine da jeg spurte.

To dager i uken er det fellesgymnastikk i matsalen. Da ryddes gulvet for bord, og stoler settes i en ring i midten. Jeg deltok ofte på gymmen. Det virket som om beboerne satte pris på at jeg var med, i tillegg til at de var opptatt av at trim er viktig for helsen, og også for min helse. Fysioterapeuten som ledet trimmen hadde dessuten navneopprop hver

gang, slik at jeg lett lærte meg navnene på de som deltok. Fellesgymmen var for alle fra post 2, slik at jeg også ble kjent med de som spiste på den andre stuen på denne måten. To ganger i uken er det også høytlesning. Dette forgikk som regel nede i aktivitetsstuen i grunnetasjen. Jeg deltok på dette i begynnelsen av feltarbeidet. Jeg var da med på å trille noen av beboerne ned dit, og de fortalte meg som regel om hvilken bok som ble lest for tiden, og hva de syntes om den. Ofte ble det lest gamle klassikere som beskrev en tid de husket fra de var små eller unge. Dette satte i gang minnene, og det var ofte samtaler om "gamle dager" i etterkant av høytlesningen. Jeg lærte mye om de eldre på denne måten, men også om hvordan Oslo hadde vært for over 60-70 år siden. Jeg var deltagende i samtalen, men passet alltid på å lytte mer enn jeg snakket. Jeg gikk heller ikke inn i diskusjoner med beboerne selv om jeg til tider var uenig i deres synspunkter. Dette kunne selvfølgelig være frustrerende iblant, men i og med at jeg alltid kunne forlate felten hver ettermiddag, utgjorde det ikke noe stort problem. Jeg merket at jeg også lot meg påvirke av stemningen på avdelingen enkelte ganger. De dagene det var stor misnøye blant beboerne, og flere uttrykte dette, gikk jeg hjem helt utkjørt på ettermiddagen. Andre dager var det tvert om, og jeg gledet meg til å komme tilbake neste dag.

All data jeg samle inn fikk jeg gjennom deltakelse og observasjon. Jeg leste ingen av beboernes journaler, men de fortalte meg ofte selv hvorfor de bodde der. Jeg var heller aldri med på de ansattes daglige møter der beboerne ble diskutert. Mitt hovedfokus var hele tiden å skildre livet fra beboernes ståsted, og jeg tilbrakte også mest tid sammen med beboerne. Noen ganger hadde jeg samtaler med noen av de ansatte, men ikke nok til å kunne skildre deres situasjon eller oppfatning av sykehjemmet. De ga meg derimot utfyllende kunnskap om rutiner og bakgrunn til flere av beboerne, samtidig som jeg fikk vite litt om filosofien på sykehjemmet og hvilke regler som gjaldt. Flere av de eldre passet også på å fortelle meg om hva de syntes var dårlig eller kritikkverdig i håp om at jeg kunne få gjort noe med det. Jeg presiserte alltid at jeg ikke var der for å endre systemet eller skrive en kritikk av det, men for å skildre livet på innsiden. Pleierne var i starten litt avmålte i sitt møte med meg. Det er mange unge og flere av utenlandsk opprinnelse som jobber der. Det var flere som ikke umiddelbart forsto min hensikt med å være der, og de var nok litt bekymret for at jeg var en slags spion. Etter hvert gikk dette bedre, spesielt da de erfarte at jeg fungerte som en avlastning for dem etter hvert

som jeg ble bedre kjent med beboerne og sykehjemmet. I motsetning til pleierne, hadde jeg god tid til å sette meg ned å prate, noe de eldre satte pris på. Alt i alt føler jeg at jeg ble veldig godt mottatt. I tillegg til å delta på måltider var jeg også med på aktivitetene de eldre ble tilbudt. Jeg var med på trim, høytlesning, frokostklubben, andakt og konserter som ble arrangert samt at jeg utover våren var med å gå turer på utendørs. Jeg fulgte også en av damene til et sykehusbesøk ved en anledning. Jeg ble kjent med noen av de pårørende, og fikk på den måten et bredere innblikk i livet til informantene.

Sykehjemmene i Oslo er underlagt kommunen, som igjen fører til at de ansatte på et sykehjem er preget av begrensninger som budsjett, underbemanning og regler. Mye av deres arbeidstid går med til vask og stell av pasienter, utdeling av medisiner, dekking av bord, tilberedning av mat, rapportskriving og møter med de andre ansatte. Det blir derfor ikke mye tid igjen til bare å prate med beboerne. Mitt feltarbeid på sykehjemmet var med på å dekke noe av dette behovet. Jeg fungerte på mange måter som en pratepartner for flere av de eldre. Norge har også klare regler for arbeidstid og hvile for arbeidstakerne. Mediene rapporterte om flere eksempler på grove brudd av arbeidsmiljøloven på sykehjem rundt om i Oslo det halvåret jeg var på feltarbeid. Noen av beboerne på mitt sykehjem kunne også fortelle meg at de trodde det forekom tilsvarende brudd der. *"Jeg vet om flere svensker som overnatter nede"*, fortalte en av mine informanter meg en dag vi diskuterte nettopp dette. Hun fortalte at det fantes rom for de ansatte i grunnetasjen, og at hun trodde noen av de svenske arbeiderne overnattet der når de hadde kveldsvakt og så morgenvakt neste dag. Jeg fikk ikke verifisert dette. I det siste har avisene også skrevet mye om sykehjemmets omsorg i livets siste timer eller dager, og mangel på dette. Jeg vil ikke debattere eller gjøre forsøk på å belyse dette i min oppgave. Jeg vil forholde meg til det jeg erfarte og så hva folk gjorde, ikke bare det de sier at de gjør (Stoller 1989).

Etiske implikasjoner

Jeg hadde på forhånd bestemt meg for bare å inkludere beboere som er mentalt friske, det vil si de som ikke lider av demens. Et av problemene jeg møtte her, var at det ikke alltid var lett å si om en person har begynnende demens eller ikke. Jeg mistenker et par av mine informanter for å ha begynnende demens, uten at dette på noen måte var

styrende for livet der inne eller de fleste av våre samtaler. Alle mine informanter som blir brukt i oppgaven, er klar over at jeg var på feltarbeid på sykehjemmet med den hensikt å skrive en oppgave om det senere. De som ikke er det, vil ikke beskrives som en informant, men kun ut i fra beboernes oppfatning av denne eller disse personene dersom det har relevans for oppgaven. De vil heller ikke omtales ved navn, kun som en beboer. Et par av informantene hadde dårlig hørsel, så jeg var ikke alltid helt sikker på om de hørte hva jeg sa. Det var også et par stykker som hadde dårlig språk, slik at samtalen ikke alltid fløt lett.

Alle som jobber på sykehjemmet har taushetsplikt på lik linje med alle helsearbeidere i Norge. Det har jeg også, og vil derfor anonymisere beboere, pleiere og stedet sykehjemmet befinner seg, slik at de ikke kan gjenkjennes. Jeg vil i all hovedsak beholde kjønnene på beboerne, men gi dem fiktive navn, barn og også eventuell sykdom dersom sykdommen ikke er vesentlig for beskrivelsen. Alle pleierne vil bare omtales som en pleier, uavhengig av om de er sykepleiere, hjelpepleiere eller pleieassistenter.

Jeg varslet NSD² i forkant av feltarbeidet, men fikk beskjed om at prosjektet ikke måtte registreres da jeg verken skulle ta opp samtaler på lydbånd eller filme. Ingen av informantenes navn er lagret elektronisk. Det er heller ikke navnet på sykehjemmet eller noen av de som jobber der. Jeg har heller ikke tatt noen bilder av mennesker inne på sykehjemmet.

² Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

2. Teorier

Teorikapitlet er delt opp i deler, hvorav første del tar for seg *rites-de-passage* av Turner (1967), og andre del tar opp institusjoner, da med spesiell vekt på Goffman (1961). Det vil bli presentert andre teorier både her og noen senere i oppgaven, der de naturlig hører hjemme. Jeg vil i dette kapitlet si noe om Norge som kontekst, alderdom samt tidligere forskning på feltet. Kapitlet avsluttes med teori om kropp og død i antropologien. Først kort om de to ovennevnte teoriene.

Rites-de passage -teorien illustrerer hvordan individene blir gruppert i samfunnet, og hvordan man går fra å inneha én status til en annen. Det kan også markere overgangen mellom alderssegmentene og vansklighetene som kan oppstå i overgangen. Begrepet *rites-de-passage* eller livs-kriserituelle, ble først introdusert av Van Gennep (1909 (1909)), og er siden blitt brukt av flere antropologer som et analytisk verktøy, spesielt av Victor Turner (1967) (Barnard & Spencer 2010). Van Gennep viser hvordan *rites-de-passage* har tre faser, separasjon fra gammel status, overgangen mellom gammel og ny rolle, ofte kalt liminalitet, og til slutt innlemmelse i ny rolle. Jeg vil i oppgaven vise hvordan overgangen til beboer av sykehjemmet kan sammenliknes med *rites-de-passage* sine tre faser, der livet på sykehjemmet, spesielt den første tiden, er fase nummer to, nemlig liminalfasen. Fase tre som omhandler innlemmelse av ny rolle, samt hvordan overgangen til livet på en institusjon er mer ritulfattig enn vi ser i andre studier av *rites-de-passage*, vil også bli omtalt i oppgaven.

Teoriene som Goffman utredet, og spesielt hans teori om totale institusjoner (Goffman 1961), vil ligge som et bakteppe i oppgaven. Ifølge ham, er en total institusjon et sted man sover, spiser, jobber og sosialiserer. Disse aktivitetene utføres normalt på flere forskjellige steder, men i en total institusjon utføres all disse aktivitetene på ett sted. Et sykehjem passer dermed inn i hans definisjon av en total institusjon. I motsetning til hvordan Goffman (ibid.) beskrev innsatte eller beboerne i sine totale institusjoner, er beboerne på sykehjemmet en mer heterogen gruppe, men med forskjellige behov. Dette tok ikke Goffman (ibid.) høyde for i sin studie.

Jeg vil også støtte meg på teorier utredet av andre forskere enn de to ovennevnte. Disse vil i all hovedsak bli presentert under. Noen vil derimot beskrives under empirien.

Rites-de-passage

Her vil jeg kort gjøre rede for teorien om rites-de-passage av van Gennep (1960 (1909)) og V. Turner (1967). Jeg vil forklare hvorfor disse teoriene passer inn i mitt studie av livet på et sykehjem, samt vise noen få empiriske eksempler. Jeg vil også si noe om hvordan identitet skapes gjennom sosiale relasjoner.

Rites-de-Passage -studier i antropologien illustrerer hvordan individene blir gruppert i samfunnet, og hvordan man går fra å inneha én status til en annen. Det kan også markere overgangen mellom alderssegmentene, og vanskelighetene som kan oppstå i overgangen. Begrepet rites-de-passage eller livs-krise rituale, ble først introdusert av Van Gennep (1960 (1909)), og er siden blitt brukt av flere antropologer som et analytisk verktøy, og spesielt av Victor Turner (Barnard and Spencer 2010). Van Gennep (1960 (1909)) viser hvordan rites-de-passage har tre faser, separasjon fra gammel status, overgangen mellom gammel og ny rolle, ofte kalt liminalitet, og til slutt innlemmelse i ny rolle. I løpet av ritualet er individet mottakelig for å lære om sin nye rolle som han eller hun er i ferd med å sosialiseres inn i. Liminalfasen markerer et skifte, den oppstår når noe bryter med det vanlige mønsteret eller rutinene, roller kan for eksempel være reversert. Det er et brudd i det vanlige livet. Denne fasen er også ansett for å være den farligste fasen. På dette tidspunktet befinner individet seg midt mellom to roller. Victor Turner (1967) utviklet begrepet om liminalitet og lot det innbefatte alle typer mennesker og situasjoner, som verken kan defineres i en kategori eller sosial situasjon (Turner 1967). Han la vekt på de positive aspektene og de bånd som knyttes mellom mennesker, og at rites-de-passage benekter de normale regler i samfunnet og hierarkiet her. Han mente også at båndene som skapes mellom individene er med på å opprettholde samfunnet. Han brukte begrepet *communitas* for å beskrive denne samhörigheten. Jeg vil i oppgaven min argumentere for at beboerne på sykehjemmet er med på en rites-de-passage, de befinner seg i en slags liminalfase, de er fremdeles medlemmer av et samfunn, selv om de på mange måter er blitt usynlige. Denne liminaliteten kan man si starter før man flytter inn på sykehjem, idet man innser og

forbereder seg på dette (Kofod 2008). Jeg har studert beboere på sykehjemmet etter at de flyttet inn, noen har bodd der i flere år, andre måneder, og noen kom underveis i mitt feltarbeid. Selve flyttingen kan sammenliknes med fase to (Gennep 1960 (1909)), mens innlemmelsen eller den første tiden kan sammenliknes med fase tre (ibid.) Beboerne redefinerer sin egen rolle og identitet i takt med at de tilpasser seg livet på sykehjemmet. Identitet blir kontinuerlig skapt i sosiale prosesser (Jenkins 1996), der hovedpoenget er å skille identitetene fra hverandre, noe som skjer gjennom sosiale relasjoner (ibid.). Jeg vil gjennom empiriske eksempler vise hvordan identitet kan forhandles, og hvordan den kan være sosialt konstruert i en pågående prosess med omgivelsene. Dette forutsetter en gjensidig anerkjennelse og validering av signifikante andre (Berger og Luckman 1967). Denne liminaliteten som beboerne av sykehjemmet kan oppleve, er til en viss grad preget av *communitas*, men ikke på samme måte som Turner (1967) beskrev. Beboerne på sykehjemmet deler visse kroppslige erfaring, for eksempel det å miste en eller flere fysiske funksjoner. De opplever også det å være gammel sammen i et felleskap. Dette skaper nok en viss fellesskapsfølelse, men ikke i like stor grad som for eksempel unge gutter opplever etter å ha vært gjennom en initieringsrite (Turner 1967).

Turner ser i sitt arbeid mest på ungdom og deres initiering, den som skaper noe nytt, og som er forbundet med en positiv utgang. Man kommer ut av ritualen som et nytt menneske, med en ny rolle. I mitt tilfelle er det derimot livets siste fase som studeres. Liminalfasens opphør fører til døden. Beboere på et sykehjem befinner seg i en ventesituasjon. De skal ikke ut fra sykehjemmet, de befinner seg i siste fase av livet, utgangen vil være døden. De er blitt adskilt fra sin tidligere status som aktive bidragsytende medborgere i samfunnet, og vil ha behov for å redefinere sin rolle som medborgere inne på sykehjemmet, samt legge mening i daglige rutiner og gjøremål.

Det er også få ritualer som markerer overgangen til sykehjemstilværelsen. De flytter inn uten store markeringer. Ofte er det en eller flere pårørende som har valgt ut noen gjenstander og klær de skal ha med seg, og hjelper vedkommende å installere seg på sykehjemmet. Det blir heller ikke annonsert blant de som allerede bor der at det nå snart kommer en ny, og hvem dette er.

På mange måter vedvarer denne liminaliteten så lenge beboerne bor på sykehjemmet. Man kan argumentere for at den er på sitt mest tydelige den første tiden en beboer finner seg til rette på et sykehjem, samtidig som de hele tiden må redefinere seg selv og gjenskape sin rolle. De fleste finner sin plass på sykehjemmet, og skaper relasjoner til andre beboere og ansatte. Men de må på nytt kommunisere hvem de er hver gang det flytter inn nye eldre mennesker, og det ansettes nye pleiere. Disse må man også forholde seg til og skape en relasjon til. Mange er trygge på sin plass på sykehjemmet, selv om nye mennesker alltid er forbundet med en viss uro og kan virke forstyrrende på de faste rutinene.

Beboerne av sykehjemmet befinner seg også i en tilstand hvor de verken blir betraktet som voksne eller døde, men gamle. De blir ofte snakket til som om de er barn, og som barn er mange av beboerne på sykehjemmet avhengig av hjelp. Denne avhengigheten fører også til en skjev fordeling i forholdet mellom ansatte og beboere, spesielt med henblikk på resiprositet. Jeg vil i et eget kapittel fortelle om relasjonene mellom ansatte og beboere, og beboerne seg i mellom.

Sykehjemmet som institusjon snakker ikke mye om døden. Det ligger der hele tiden som et bakteppe, men dysses ned. Sykehjemmet kan ikke ha en mening på egen hånd (Douglas 1986), men det kan være en felles enighet blant beboere og ansatte om hva som er akseptable samtaletemaer. Sykdom, som jeg vil vise i et senere kapittel, er et av temaene som helst ikke skal snakkes om i fellesskap. Døden er hele tiden tilstede, og er også utgangen av livet på sykehjemmet. Men i motsetning til hvordan liminalfasen i for eksempel visse afrikanske samfunn arter seg (Turner 1967), er spenningen og ventingen knyttet til denne, svært annerledes på et sykehjem. I noen klassiske antropologiske feltarbeid hvor eksempelvis unge gutter som tilbringer sin liminalfase i bushen, avsondret fra resten av samfunnet, vil lengselen etter at denne fasen som av og til er smertefull, er over. Denne samme lengten skjer nok ikke alltid på et sykehjem, for her er utgangen døden og ikke et nytt liv ute i samfunnet. Jeg vil i min oppgave vise hvordan de enkelte beboerne på sykehjemmet skapte sin egen hverdag, som de fylte med mening. Tema døden kom sjelden opp, selv om det hele tiden var nærværende.

Den totale institusjonen

Et sykehjem er et sted der flere eldre tilbringer de siste månedene eller årene av sitt liv. Livet her skapes gjennom praksiser, som er alt beboerne foretar seg i løpet av tiden de tilbringer der (de Certeau 1984). De flytter ut fra tidligere hjem, tar med seg de eiendelene som betyr mest for dem, og som de får plass til på rommene sine, samt det de trenger av klær og eventuelt bøker. Noen flytter fra en ektefelle, mens andre er enslige og tømmer hjemmet sitt for godt. Heretter foregår all aktivitet på sykehjemmet, som dermed kan defineres som en total institusjon. En total institusjon er et sted hvor man sover, spiser, jobber og sosialiserer (Goffman 1961). Disse aktivitetene utføres normalt på flere forskjellige steder, men i en total institusjon utføres all disse aktivitetene på ett sted. Et sykehjem passer dermed inn i denne definisjon av en total institusjon. Goffman (ibid) beskrev fengsler, sykehus, mentalsykehus og inkluderte også sykehjem for eldre mennesker i skjemaet sitt, uten å illustrere det. I motsetning til hvordan Goffman beskrev innsatte eller beboerne i sine totale institusjoner, er beboerne på sykehjemmet på mange måter en heterogen gruppe, men med forskjellige behov. Dette tok ikke Goffman høyde for i sin studie, men han beskrev beboere på sykehjem som ".....harmløse og hjelpeløse....." (Goffman 1961:12). På sykehjemmet kan beboerne grovt deles inn i tre grupper med forskjellige behov. Den første gruppen er demente og har fysiske skader, slik at de trenger hjelp til det meste, fra å kle på seg, komme seg ut av sengen, toalettstell og spising. Den andre gruppen kan ha varierende grad av demens, men være fysisk friske, slik at de klarer mye av det daglige stellet selv, men kan glemme hvor de er eller når de skal spise uten hjelp til å passe på dette. Den tredje gruppen er de som er mentalt friske, men har skadet seg fysisk eller har en fysisk sykdom. De trenger hjelp i forskjellig grad til å kle på seg, dusje, komme seg ut og inn av sengen, samt at de ofte heller ikke kan lage mat selv. Jeg vil senere i oppgaven argumentere for at beboere klassemessig er relativt homogene, mens behovet for hjelp er mer heterogent. Dermed også hvordan de forholder seg til sykehjemmet og hvordan de bruker det. Noen er med på alle aktiviteter og spiser alle måltider i fellesstuen, mens andre igjen tilbringer all tid på rommet. Noen får mye besøk av slekt og venner, mens andre ikke mottar like mye besøk. Felles for mange av beboerne er at rutiner skapes og mening tillegges livet der.

To av de viktigste elementene i et institusjonalisert liv er derimot som regel ikke å finne på sykehjemmet. Dette er straff og belønning (Goffman 1961). Straff eller belønning for oppførsel eller mangel på sådan bør ikke finnes på et sykehjem. Hvis en av beboerne lager for mye bråk under måltidene, blir vedkommende trillet ut. Dette kan imidlertid ikke regnes som straff, men er mer av hensyn til de andre som sitter og spiser. Det er derimot meget mulig at det oppleves som straff av den som blir trillet ut. Jeg er også åpen for at det finnes subtile former for straff eller belønning på et sykehjem, og at dette i så fall er nedfelt i den felles delte arbeidskulturen på sykehjemmet. Noen av pleierne betrodde meg at de hadde favoritter blant de eldre, og at det også var noen de ikke var like begeistret for. Dette kan selvfølgelig bidra til forskjellsbehandling. Jeg vet om en dame som måtte vente lenge etter å ha ringt etter en pleier. Hun mente det var en form for straff fordi hun nylig hadde klaget høylydt på noe, mens pleierne på sin side forklarte det med kapasitetsproblemer.

I motsetning til folk som sitter i fengsel eller er innlagt på mentalsykehus, skal ikke beboerne på et sykehjem ut i samfunnet igjen. De trenger dermed ikke å rehabiliteres som om de skal det. Dette med unntak av de som bor på korttidsavdelingen, og har et tidsbegrenset opphold. Men selv her vil også flesteparten få en fast plass på en av langtidsavdelingene etter hvert. Sykehjemmet er på mange måter lik en total institusjon slik som Goffman (1961) beskrev, men samtidig er det også et hjem for beboerne. Det er mer nyansert enn bare en institusjon. Et sykehjem er på mange måter sitt eget lille samfunn med rutiner, vennskap, kontinuitet og handlinger. Et hjem er noe som også speiler identiteten til menneskene som bor der (Gullestad 1992:79). Som beboere på et sykehjem er det begrenset hva man kan ta med seg, men de aller fleste hadde noen personlige eiendeler på rommet sitt.

Norge som kontekst

Det sykehjemmet jeg har studert, befinner seg i en større kontekst, nemlig Oslo og Norge. Her vil jeg si litt om dette for å gi et bredere bakgrunnsbilde av sykehjemmet. Først vil jeg kort gi et innblikk i sykehjemets historie.

Dagens sykehjem er etterkommere av tidligere aldershjem og gamlehjem, som igjen har sitt utspring fra fattighjem og fattigstuer fra 1660. Etter hvert ble det også enkestuer eller hjem for gamle kvinner, og ble tilslutt mer institusjonalisert. Som institusjon har sykehjemmet vært gjenstand for massiv kritikk i mediene, både tidligere og nå (Bjelland 1982). Beboernes bo- og leveforhold er spesielt blitt trukket fram (ibid.), og i den senere tid, også måten de eldre dør på hvis de bor på et sykehjem. Tidligere eksisterte sykehjem, aldershjem og alderspensjonater side om side (ibid.), mens det i dag er kun sykehjem for eldre. Alternativ pleie for eldre hjelpetrengende er hjemmesykepleie. Da kan må få behovsprøvd hjelp hjemme én eller flere ganger i døgnet. Det har skjedd en vesentlig endring i hva aldershjemmet skulle dekke av behov gjennom tidene. Det tidligere aldershjemmet på 1970 tallet fokuserte på å dekke beboernes sosialisering og rehabiliterende oppgaver (Bjelland 1982). De la også vekt på at de var: "....(..)...beregnet på eldre som i det vesentlige var selvhjulpne, men likevel har behov for eller lyst til å bo i en felleleshusholdning for å slippe husstell...(..)..(Bjelland:1982:3). I dag får man kun plass på sykehjem dersom man ikke klarer seg selv hjemme, det er i tillegg ventelister på mange av sykehjemmene rundt om i Norge.

Norge er et egalitært samfunn, der likhetsprinsippet står sterkt. Vi bestreber oss på at alle skal ha like muligheter og lik tilgang til helsefasiliteter. Alle skal i prinsippet bli behandlet likt, uavhengig av sosial status og bakgrunn. Høy alder er i nyere tid blitt sett på som en negativ egenskap i vårt samfunn. De eldre er til dels blitt neglisjert eller blir ikke tillagt like mye verdi, som for eksempel yrkesaktive. Dette er en generell tendens i hele Europa og Nord-Amerika. Vi står nå overfor en såkalt eldrebølge, som er et begrep for å beskrive alderspensjonister. I år 2010 var 10,5 prosent av befolkningen i Norge over 70 år (SSB). Antall eldre i Norge er antatt å øke. Det skyldes både lavere dødelighet og fortsatt høy innvandring. Forventet levealder ved fødsel har økt de siste 200 år, og spesielt de siste 20 årene, og særlig for menn. Kvinner lever generelt lenger enn menn. Som en følge av dette, vil behovet for pensjon, pleie og sykehjemsplasser øke, og kan by på utfordringer for samfunnet vårt. Norge har på en måte vært noe proaktiv i forhold til dette, ved å legge til rette for at man kan jobbe lenger, og kunne tjene seg opp pensjonspoeng helt til man fyller 70 år.

Vi ser også et skifte i mentaliteten blant befolkningen i Norge, 60-årene er nå de nye 50-årene og så videre. Man er ung lenger. Den fysiske alder er ikke avgjørende, og det forventes også at eldre deltar mer aktivt i samfunnet. Det er også langt flere eldre som deltar i mosjons- og treningskonkurranser, slik som for eksempel Birkebeineren. I årets løp var den eldste deltakeren over 90 år gammel. I Norge er det relativt vanlig å plassere de eldre på sykehjem dersom de ikke klarer seg selv lenger. Det finns fremdeles de som bor i generasjonsbolig, men disse er ikke i flertall. I andre land, slik som for eksempel England eller India, er det mer vanlig å ta vare på sine eldre. Enten ved å betale for at de får hjelp hjemme eller ta dem inn i sitt eget hus og bo sammen med dem. De skandinaviske landene er derimot mer like når det gjelder plassering av eldre på sykehjem. Det kan også være viktig å merke seg at mye av eldreomsorgen er privatisert i land som England og USA, i motsetning til i Norge.

For mange av oss er det utenkelig å skulle ha en gammel og pleietrengende mor eller tante boende hjemme hos en selv. Dette henger naturligvis også sammen med at de aller fleste både kvinner og menn i dag er yrkesaktive, og ofte med barn som har flere fritidsaktiviteter som må følges opp. Vårt hovedfokus er på kjernefamilien. Vi reiser også i mye større grad enn før og mindre tid tilbringes i hjemmet. Det er også flere pensjonister som velger å bosette seg i varmere land. I området rundt Benidorm i Spania er det så mange norske eldre at de har et egne sykehjem.

Vårt samfunn er basert på at alle skal bidra med noe, det ligger en forventning om dette hos mange. Når en blir eldre og ikke lenger har mulighet til å jobbe, bidrar man ofte med andre ting så lenge man er noenlunde frisk og bor hjemme. Mange slutter ikke å jobbe ved endt pensjonsalder, og er aktive i samfunnet til sin død. I det man kommer på sykehjem, forandrer dette seg ofte dramatisk. De blir ofte fratatt sin mulighet til resiprositet. Resiprositetsteorien beskriver muligheten til å gi, motta og å gi noe tilbake sett i forhold til makt, kontroll, valg og definisjon av voksne. De fleste eldre på et sykehjem har ikke lenger muligheten til å gi noe tilbake, og dermed befeste sin posisjon og status. De er derimot nødt til å ta imot hjelp og pleie.

I Norge er hjemmet svært viktig for de fleste av oss. Vi tilbringer mye tid her, og en stor del av sosialiseringen foregår her (Gullestad 1992). Et hjem fungerer som en

forlengelsen av hvem vi er, det er som en del av vår identifikasjon (ibid.) Vi legger mye tid og arbeid i oppussing og innredning av hjemmet, og ofte er som en sosial arena. Hjemmet vårt fungerer på mange måter som et utstillingsvindu til resten av verden. I Norge og Norden tilbringer vi mye tid hjemme på grunn av klimaet vi lever i. Det er mørkt og kaldt ca halvparten av året, noe som gjør det attraktivt å være inne. Sosialisering foregår i stor grad hjemme hos folk, ikke så mye på offentlige steder. Dette med unntak av sommerhalvåret, og i de store byene (Gullestad 1992). Hjem dreier seg om trygghet og kontroll av et området (Douglas 1991). Det å skape et hjem er noe av det mest grunnleggende for menneskeheten, noe av det som gjør oss humane, basert på begrepet "dwelling". (Ingold 2000). Mye av denne kontrollen av hjem forsvinner i det man flytter inn på et sykehjem, samt at tryggheten i det nye hjemmet vil anta nye former. Der man tidligere kunne låse en ytterdør, kan man nå bare lukke døren til rommet, uten å låse. Hvem som helst kan åpne opp og komme inn når de vil. Dette skaper på den ene siden en trygghet i form av at de kan få hjelp hvis noe skulle hende, men det reduserer også kontrollen av den private sfæren. Høy alder kan forandre mye av det vi tar for gitt.

Alderdom

Her vil jeg si kort noe om alder og antropologi, før jeg i neste avsnitt forteller mer om flere antropologers studier av alderdom, og institusjonsliv.

Det er gjort mye antropologisk forskning av alderdom over hele verden, selv om studiet av gerontologi vel først og fremst forbindes med andre disipliner, slik som sosiologi, psykologi, sosialarbeid og medisin. Antropologi er studiet av det totale mennesket, og det har derfor også omfattet det å bli gammel (Barnard & Spencer 2010). Antropologer har tradisjonelt studert fremmede kulturer, de som ofte er fjernt fra vår egen. De senere år er det derimot blitt mer vanlig å gjøre feltarbeid i eget land. Antropologien har lenge anerkjent viktigheten av studiet om aldring, både sosialt og kulturelt. De sosiale rollene vi har er ofte knyttet til alder. Aldring er en universell prosess, men blir erfart individuelt. Det er også en dynamisk prosess. Vi blir gamle i et samfunn, i samspill med hverandre. Aldring må forstås i forhold til den totale livsretningen eller veien et individ har, som begynner ved unnfangelse eller fødsel og varer til et mennesket dør. Vi

begynner å eldes med en gang vi er født. Aldring er en biologisk og psykologisk interaksjon med omgivelsene. Vi blir påvirket av det samfunnet vi lever i, som igjen blir påvirket av oss og de forskjellige sosiale mønstrene vi inngår i (Kertzer & Keith 1984).

I vårt samfunn i dag er det flere 75-åringer som fremdeles er yrkesaktive og fysisk aktive. Dette påvirker det totale samfunnet i stor grad, samtidig som folk også lever mye lengre enn før. Forventet levealder for en som er født i 1932 er 64,6 år, mens tilsvarende levealder er 80,6 år for en født i 2006 (Elstad 2010:261). Samtidig dør færre av sykdommer som tuberkulose nå enn for 80 år siden, og antall dødsfall blant barn og unge er gått betraktelig ned (ibid.) Penicillin, antibiotika og diverse vaksiner ble også tilgjengelig for befolkningen etter andre verdenskrig. Det var også en generell bedring av levevilkårene fra dette tidspunktet (Elstad 2010:262). Helse og sykdom oppleves individuelt, men er også samfunnsmessige fenomener (ibid.). Idet helsen svikter som gammel, enten somatisk eller mentalt, og man institusjonaliseres, mister man mye av styringen over eget liv. Dette kan oppleves som en re-infantilisering. Som i barndommen er man igjen avhengig av andre for å overleve (Fortes 1984). Vi lever i et samfunn som er sterkt preget av materialisme, og hvor det er viktig å bidra til samfunnet på forskjellige måter.

Livshistorie er mye studert i antropologien, og deles inn i barndom, voksenliv og alderdom (Barnard & Spencer 2010). I noen kulturer er det markante skiller mellom disse fasene, slik som for eksempel hos nuerne i Sudan (Hutchinson 1996). Her ble tradisjonelt gutter til menn først etter å ha gjennomgått et rituale som innebærer å bli skåret med kniv i pannen slik at det danner seg arr. Jenter ble heller ikke kvinner her før de har født sitt første barn. I Norge er overgangen noe mer glidende. Vi har konfirmasjon som kan sees på som en overgangsrite, men de færreste vil vel kalle en 14 år gammel norsk gutt eller jente for voksen. Man blir heller ikke automatisk voksen dersom man i 15-års alderen føder barn i Norge. Å studere livshistorie er en viktig antropologisk teknikk for å se på menneskets biologiske, psykologiske og sosiale aldring. Disse prosessene er systematisk interaktive gjennom hele livet. Livsveien vår blir påvirket av miljøforandringer eller sosiale forandringer. Endrer vi vår livsvei, vil dette igjen påvirke samfunnet rundt oss og miljøet. Alder i antropologien er blitt mye studert i forhold til slektskap og ekteskap, og i forhold til kulturelle normer og makt. Antropologer har sett

på aldring som inkorporert i sosiale strukturer gjennom den individuelle livssyklusen fra unnfangelse til død. Jeg har sett på aldring, hverdagsliv og livshistorier hos mennesker som bor på en institusjon, nemlig sykehjemmet.

Tidligere forskning

I dette avsnittet vil jeg nevne flere antropologer som har forsket på eldre i en institusjon. Jeg vil begynne med å nevne noen av dem som har studert dette i andre land enn Norge, før jeg forteller om viktige bidragsytere til den norske debatten over dette temaet. Jeg vil så i neste del av kapitlet fortelle litt om kropp i antropologien og noen antropologers studie av døden og dens ritualer.

Flere antropologer har sett på hvordan livet arter seg i en institusjon, enten det er aldershjem, sykehus, hjem for hjemløse eller fengsler. Idet et menneske kommer på en institusjon, blir det strippet for tidligere identitet. De som har vært med på å bygge opp institusjonen og systemet rundt det, blir nå selv en bruker av det. Den tidligere statusen kan komme i kontrast til den formelle sosialiseringen på institusjonen. Dette er i henhold til hva Goffman (1961) så av mønstre i møte med den totale institusjon. Idet et mennesket flytter til en institusjon, må en følge de regler og normer som eksisterer der. Dette kan avvike fra hva man er vant til, og man kan derav oppleve motstand mot å måtte innrette seg etter dette. Mange vil prøve å distansere seg fra de som jobber der og måten de tenker, snakker og oppfører seg på. Dette beskriver antropologen Desjarlais (1997) i sin bok om hjemløse fra Boston. Han baserer sin observasjon på distinksjonen til de Certeau (1984) om strategier og taktikker, der forskjellen mellom disse to ligger i den romlige og organisatoriske kapasiteten til de forskjellige sosiale aktørene. Strategier er de mektiges virkemiddel, her illustrert ved pleiere eller ansatte, mens taktikk er noe de uten formell makt bruker. Handlingene til brukerne av hjemmet bar ofte preg av taktikk. De hadde ikke sitt eget sted, og kunne derfor heller ikke trekke seg tilbake og dermed skape avstand til institusjonen og de som jobbet der (Desjarlais 1997). Beboerne på et sykehjem har private rom, men de kan ikke gå hjem eller ut av institusjonen på samme måte som pleierne kan. Flere har ikke lenger noe annet hjem, og mange er ikke i stand til å gå ut av sykehjemmet uten hjelp.

I USA har antropologen Renée Rose Shield studert livet på et sykehjem tidlig på 1980-tallet (Shield 1988). Hennes informanter bodde noe forskjellig fra mine. De hadde større leiligheter i et kompleks, foruten at beboerne der i all hovedsak var jødiske immigranter fra Øst-Europa eller den tidligere Sovjetunionen. Sykehjemmet hun gjorde feltarbeid på var relativt stort, med over to hundre beboere, og det lå i en industriby nordøst i USA. Hun baserte seg også på teorier av Goffman (1961) om den totale institusjonen, samt resiprositetsprinsippet og van Gennep (1960 (1909)). Til forskjell fra min studie fant hun større skjevheter i forholdet mellom pleier og beboere, og fokuserte også i mye større grad på resiprositet enn jeg har gjort.

Hockey (1990) har også studert eldre i en pleiefase i Storbritannia. Hun har sett på institusjonalisert liv på pleiehjem for eldre, og også på hospice for kreftsyke. Hennes interesse for feltet ble vekket etter at hun selv hadde mistet flere nære familiemedlemmer over en lang tidsepoke. Dette førte til at hun ble interessert i en *antropologi om døden* (Hockey 1990:5).

Jens Kofod har i sin doktorgradsavhandling (2008) fulgt et utvalg eldre mennesker i tiden før de flyttet inn på sykehjem, og de første seks månedene de bodde der. Han delte denne tiden opp i tre faser i henhold til van Genneps teori om rites-de-passage. Han så, i likhet med meg, også på relasjoner mellom beboerne og pleierne, men han har også intervjuet pleierne i større grad enn jeg. Han har dessuten materiale fra flere forskjellige sykehjem. Hans funn om hvordan identitet gjenskapes i relasjon med andre, samsvarer mye med mine funn. Han avsluttet derimot sin studie etter at de eldre hadde bodd på sykehjemmet et halvt år, mens jeg var på sykehjemmet et halvt år, og hadde informanter som hadde bodd der i kortere eller lengre tid.

Andre bidragsytere til diskursen om livet på en institusjon som eldre og pleietrengende er Townsend (1964) som så på institusjoner i England og Wales på tidlig på 1960-tallet. Reed og Payton har forsket på eldre i Storbritannia på 1990-tallet, mens Marcoux er en bidragsyter på feltet fra Canada (Marcoux 2001). Cohen (1998) har bidratt med studier fra India, om hvordan Alzheimer eller senildemens blir sett på som et familieanliggende og ikke et offentlig ansvar. Ross (1977) studerte eldre på pleiehjem og la spesielt vekt på

hvordan de grupperte seg. Han skilte mellom kommunister og ikke-kommunister, og så at hvor de satt i spiserommet hadde betydning for hvilket sosial lag de tilhørte. Spiserommet er ikke bare for å spise i, men også for å posisjonere seg. Meyerhoff (1979) har studert eldre i USA, og forskjellene på samtaleemnene mellom menn og kvinner. Paterniti (2003) har blant annet sett på det skjeve maktforholdet som er mellom eldre beboere på en institusjon, og de pleierne som jobber der. Personalet har makt og kan velge å utøve denne hvis de vil. Beboerne på sin side ble nødt til å finne seg i de pleierne de fikk utdelt. Lock (1993) har blant annet sett på kulturelle definisjoner av menopause, overgangsalder, i Japan og Nord Amerika. I Nord Amerika frykter man aldring, og overgangsalderen er et tegn på at man blir eldre. Overgangsalderen blir dermed sykeliggjort og medisineret. Dette er derimot ikke tilfelle i Japan, der overgangsfase og alderdom er forbundet med tap av sosial status. Menopause, overgangsalder og hvordan man ser på aldring er med andre ord ikke universelt.

Det er flere som har studert eldre i Norge, særlig innen fag som sosiologi, medisin og sykepleie og psykologi. Men det også noen antropologer som har gjort feltarbeid på sykehjem i Norge. Anne Karin Bjelland var den første som gjorde dette, og hun er kanskje den som er mest kjent. Hun gjorde feltarbeid tidlig på 1980-tallet, den gang sykehjem fremdeles het gamlehjem. På den tiden var beboerne av gamlehjem veldig ofte bare gamle, ikke så syke som de som bor på sykehjem i dag er. Hvis man for eksempel ble enke eller enkemann, kunne man søke seg inn på et gamlehjem hvis man ønsket det. Gamlehjemmene var nok på den tiden en mer sosial arena enn de er i dag. Bjelland så på sykehjemmet som et hjem, og beskrev hvordan livet artet seg blant beboerne der. Hovedoppgaven til Bjelland fra 1981 er en helhetlig beskrivelse av hvordan beboerne innretter seg i det daglige liv. Hun ville fange inn bredden i det sosiale livet, og dermed få en forståelse for hverdagslivet på aldershjemmet. Hun gir et detaljert bilde av hvordan livet fortøner seg på et aldershjem, og en kontekstuell forståelse for aspekter ved beboernes livssituasjon. Hun ser også på de sosiale relasjonene mellom beboerne, og hvordan de utformet et rikt sosialt system, der hver beboer tilhørte en gruppe. Hun viser hvordan beboere fra ulike sosiale lag søker sammen med dem fra sin egen sosiale gruppe (Bjelland 1981). Jeg ser også på hele aspektet ved det å bo på et sykehjem, men mine informanter var til forskjell fra Bjellands ofte mye sykere. Dette mener jeg også er årsaken til at de ikke utformet det samme sosiale systemet som Bjelland fant i sin studie.

Mine informanter var også på mange måter delt inn i grupper, men disse baserte seg i større grad på sykdomsbildet til hver enkelt beboer.

En annen antropolog som har gjort feltarbeid på et norsk sykehjem, er Frode Jacobsen. Han er også utdannet sykepleier, og jobbet som det på sykehjemmet da han gjorde feltarbeid der tidlig på 1990-tallet. Hans fokus var derfor også på de ansatte i tillegg til de eldre. Han er fremdeles en bidragsyter til denne debatten. Samhandlingen mellom pleiepersonalet og beboerne var hovedfokuset til Jacobsen (1990) da han gjorde feltarbeid på et sykehjem. Han jobbet selv som pleier under feltarbeidet sitt, og hans vinkling er dermed sett mest fra pleiernes ståsted. Hans målsetning var å gi en sosialantropologisk analyse av en sykehjemsavdeling. Han ville også undersøke hvordan man teoretisk kan oppfange det sosiale liv som utspiller seg der ut fra teorier om identitetshåndtering. Jeg var derimot nøye med ikke å bli oppfattet som pleier, og har derfor en annen inngangsvinkel til livet på et sykehjem enn Jacobsen hadde.

Det er i tillegg gjort flere tverrfaglige studier av sykehjem i det norske samfunn. Sykepleieren Hauge (Hauge 2004, 2008) er en av dem som har gjort et feltmetodisk studium av et sykehjem. Hun tok for seg om hvordan fellesområdene i sykehjemmet er utformet og hvordan de blir brukt. Hun så også på hvordan beboerne bygger og vedlikeholder felleskap, og hvilke konsekvenser ideen om sykehjem har for beboerne. Hun ville se på hvordan sykehjemmet fungerer som et hjem. Hjem gir en opplevelse av kontinuitet, som er noe av utgangspunktet for min studie.

Kropp og død i antropologien

Kropp er et velkjent forskningsobjekt i antropologien. Vi har alle en kropp, og den blir påvirket av samfunnet vi lever i og av narrative vi vokser opp med. Dette blir spesielt tydelig ved sykdom (Garro 2011). Det er sammenheng med hvordan vi er opplært til at en sykdom vil arte seg, og hvordan den påvirker oss (ibid.). Kulturen vi vokser opp i er med på å forme sykdom ved fortolkning av symptomer, presentasjon av symptomer, legitimere sykdom og muligens skape sykdom (Ingstad 2007:40). Gjennom sosiokulturelle prosesser som består av minner, følelser, handlinger og kroppslig kunnskap, tolker vi våre symptomer og gjerne behandling av disse. Vi lager

forklaringsmodeller på hvordan vi skal takle egne og andres kroppslige dysfunksjonalitet. Disse forklaringsmodellene blir gjerne revurdert etter hvert som vi tilegner oss ny kunnskap (ibid.). Hver enkelt lager seg sine egne forklaringsmodeller basert på egen erfaring. Derfor kan sykdom og symptomer oppleves og uttrykkes forskjellig fra person til person, samtidig som det vil gjenspeile samfunnet og konteksten individet befinner seg i.

Kropp er ofte blitt sett ut fra et fenomenologisk perspektiv, blant annet av Merleau-Ponty ((1945) 1994:98). Han forteller om kroppslig persepsjon. Gjennom kroppslig bevegelse og ervervelse, agerer og engasjerer kroppen seg med omgivelsene og personene rundt. Det å kunne bevege kroppen rundt i verden, tilsvarer at man kan interagere med omverden. Distanse kan sees på som kroppens mulighet til å nå ting, ikke den fysiske avstanden. Idet man for eksempel mister hørsel, blir deltakelse i samtalen noe usikkert. Deltakelsen i verden ble begrenset. Sykehjemmet ble en viktig komponent sett i lys av dette. Den fysiske avstanden kan godt være kort, men hvis man er avhengig av hjelpemidler for å bevege seg rundt, kan selv et par meter virke uoverkommelig uten hjelp. Det var flere av mine informanter som kom seg greit rundt med en rullator eller prekestol, men de måtte ha hjelp til å komme seg ut av sengen. Dermed ble de også ofte liggende der lenge etter at de hadde våknet. De mistet mye av sin fysiske frihet på denne måten. Det er i samfunnet generelt knyttet stigma (Goffman 1963) til det å miste fysiske funksjoner. Stigma referer til kroppslige tegn som indikerer at noe er galt eller uvanlig med vedkommende, gjerne moralsk sett med den opprinnelige betydning av ordet (ibid.). Mange motsetter seg bare å bli en pleietrengende kropp, og driver aktivt med rehabilitering. I følge Goffman (1963) fører fysisk reduksjon av kroppen også til at man føler at det mentale aspektet av personen blir sett ned på. Den sosiale identiteten kan forringes ved at den kroppslige kvaliteten forringes. Dette oppleves også i forhold til flere alvorlige sykdommer. Flere fysiske svakheter er forbundet med stigma i vårt samfunn.

Samfunnet bidrar også til hvilke sykdommer som er "legitime", hvilke sykdommer man kan få aksept for. Lungebetennelse eller kreft er noe alle anser som legitime sykdommer

som må behandles, fibromyalgi og ME³ har det vært en større diskusjon rundt. Nå ser det ut til at også disse sykdommene er blitt mer legitime. Det har skjedd kulturelle endringer i hva som er akseptabel sykdom (Ingstad 2007). Arthur Kleinman fra Harvard argumenterer for at kulturen danner en bro mellom kropp og den mening den illegges (Kleinman 1973 i Ingstad 2007). Vil da sykdom og sykdomsforløp variere mellom kulturer, og i mitt tilfelle, mellom generasjoner? Jeg la merke til at noen av sykdommene som ble nevnt, var sykdommer min generasjon ikke har noen erfaring med, slik som poliomyelitt. Denne virussykdommen hadde store utbrudd på 1950-tallet, og det siste norske utbruddet var i 1969. Poliovaksinen inngår fremdeles i vaksinasjonsprogrammet av barn, men de færreste av de yngre generasjonene i dag har noen idé om hva sykdommen er eller innebærer. Flere av mine informanter hadde derimot god kunnskap om polio og kunne fortelle om flere bekjente som hadde hatt denne sykdommen. Noen døde, men ikke alle. Else hadde også vært aktiv i polioforeningen, og hadde på denne måten et ekstra nært forhold til akkurat denne sykdommen. Hva som er god helse, kan dermed sies å være kulturbetinget. Flere av mine informanter la også vekt på at de hadde god helse tross for diverse fysiske plager.

Døden er også noe som har opptatt flere antropologer. De fleste som har studert den naturlige død, og ikke minst ritualer i etterkant av døden. I de siste ti år har også temaer som selvmord, mord, ofringer og dødsfall som følge av hekseri blitt studert av antropologer. Anne S. Straus (1978) har skrevet om mening og død blant Cheyennene i Nord-Amerika. Margaret Lock (1997) har skrevet om rekonstruering av døden i Nord-Amerika og Japan, Mimica om døden og lidelse på Papua New Guinea, (Mimica 1996), Hockey om døden på sykehjem og hospice (Hockey 1990). Nancy Sheper-Hughes (1992) har skrevet om sorg blant brasilianske mødre i shanty towns⁴ når de mister et barn. Det er likevel flest antropologer som har studert dødsritualer. Store bidragsyttere blant disse er Hertz (1960) som beskriver hvordan døden ikke bare er en biologisk realitet eller sorg for de pårørende, men også hvordan døden vekker sosiale og moralske forpliktelser som kommer til uttrykk gjennom begravelsesritualer (Robben 2004:9), og van Gennep (1960 (1909)) som tolker begravelsesritualer med tilsvarende rites de passage-ritualer.

³ Myalgisk encefalomyelitt som er en kronisk utmattelsessykdom

⁴ Shanty towns er store slumområder utenfor store byer, disse er ofte preget av at de mangler infrastruktur, noen også vann, kloakk og elektrisitet.

Han beskriver hvordan overgangen mellom menneskers forskjellige faser i livet, slik som fødsel, pubertet, ekteskap og død kan sees på som livskriser, og markerer et skifte der individet går fra én status til den neste. Ritualene i forbindelse med disse statusskiftene foregår i hva Victor Turner (1967) beskriver som liminalfasen. Disse initieringsritene er ofte forbundet med blod, svette og tårer, og er ofte en fysisk sterk opplevelse så vel som en mental opplevelse.

Jeg har i dette kapitlet sett på teorier, tidligere forskning og kontekst som er av betydning for min oppgave.

3. Sykehjem og sted

I dette kapitlet vil jeg beskrive mitt inntrykk av sykehjemmet, hvordan sykehjemmet er utformet og den avdelingen jeg gjorde feltarbeid på. Jeg vil også se på den større konteksten sykehjemmet befinner seg i, samt beskrive stedet sykehjemmet ligger på. Først vil jeg legge ved teksten som forteller hvordan sykehjemmet presenterer seg selv :

"Sykehjemmet har en fantastisk beliggenhet med et rikt kultur- og aktivitetsliv. De ansatte er serviceinnstilt med fokus på beboernes individuelle ønsker. Vårt verdigrunnlag er basert på et helhetlig og positivt menneskesyn. Vi har et klart mål om at våre beboere, brukere og gjester skal kunne opprettholde et godt hverdagsliv til tross for aldring, sykdom og tap av funksjoner. Opplevelsen av livskvalitet hos beboerne, brukerne og gjestene er styrende for vår visjon "Godt liv hver dag"."

Sykehjemsliv

Livet på et sykehjem er ikke statisk, nye vaner blir til, samtidig som mønstre blir opprettholdt. Mange tar med seg vaner de har hjemmefra og forsøker å opprettholde disse på sykehjemmet, og kombinere dem med nye mønstre og rutiner som blir til der. Jeg la merke til at fortiden veldig ofte var med i samtalene jeg hadde med beboerne, og også dem imellom. I noen tilfeller la den en premiss for hvordan ting ble gjort på sykehjemmet og hva som var allment akseptert. Idet man flytter inn på et sykehjem, er det nye rutiner, lukter, lyder og mennesker man skal venne seg til. Noe går lettere enn annet. Jeg la merke til at lyder som forskrekket meg, slik som konstante rop om hjelp fra rommene eller det mer monotone "hallo", ikke lot til å plage beboerne i like stor grad. Mens jeg i begynnelsen gikk inn på alle rom der det ble ropt hallo eller hjelp, lot ikke beboerne eller pleierne for den saks skyld, seg affisere i større grad. Etter hvert vente jeg meg også til disse lydene. Det var imidlertid noen lyder og lukter det var vanskeligere å venne seg til, både for beboere og meg selv. Det var den høye ropingen fra noen av de mest demente beboere, og lukt av urin og oppkast som man til tider kunne kjenne i korridorene.

Jeg hadde flere spørsmål da jeg begynte på mitt feltarbeid. Hvordan er det å bo på et sykehjem? Hvordan er det å være gammel? Hvordan blir beslutninger tatt her, får man bestemme mye selv? Hva er de opptatt av, og hva blir viktig i livet? Har de følelsen av å bo i et hjem? Er de tilfredse med hjelpen de får? Når må de legge seg og stå opp, får de spise når de vil og hva de vil? Jeg fikk svar på mange av spørsmålene jeg stilte underveis det halvåret jeg tilbrakte der. Noe er også blitt tydeligere nå når jeg har fått det hele litt på avstand og går gjennom feltnotatene mine. Jeg oppdaget også hvor mye jeg hadde til felles med flere, men også hvordan vi var preget av å vokse opp i forskjellige tidsepoker. Jeg har et barn, og gjennom å være forelder hadde vi mange felles referansepunkter. En viktig forskjell var at når jeg løp av gårde for å rekke å handle middag før henting i barnehage, ble de igjen på sykehjemmet. Deres snakk om barn og familieliv baserte seg på minner, mens jeg lever det livet nå. Jeg opplevde nesten hver dag at tiden ikke strakk til. Sjongleringen mellom studietid, familieliv og feltarbeid var til tider veldig hektisk, i motsetning til mine informanter som var svært understimulert på aktiviteter. De hadde alltid stor forståelse for at jeg måtte løpe av gårde, og nikket gjenkjennende med henblikk på sitt eget tidligere liv. Jeg tror mange syntes det var en lettelse at jeg også hadde en rolle som mor, det kunne de fleste kjenne seg igjen i. Identiteten gammel er på mange måter konstruert, man blir en eldre utgave av seg selv.

Sted

Sykehjemmet jeg gjorde feltarbeid i ligger nydelig til Oslo med store grøntarealer omkring. Bygget som er fra 1987, er tidstypisk bygget i mur, og førsteinntrykket er et noe mørkt bygg. Huset er bygget som sykehjem, og er derfor et relativt praktisk bygg, det vil si at det ikke er noe ekstra for å pynte det opp eller gjøre det spesielt lyst og trivelig. Det er funksjonelle lysstoffrør i taket og linoleumsbelegg på gulvene, noe som er med på å forsterke institusjonspreget og gir det hele et nokså kaldt preg. Man kommer inn i etasje 0 eller grunnetasjen, gjennom automatiske skyvedører i glass. Til høyre er resepsjonen, og til venstre i vestibylen er det en sofagruppe samt en brusmaskin og en med is og sjokolade. Disse er egentlig beregnet til utendørs bruk og bråker relativt mye, noe flere av mine informanter påpeker etter hvert. *"Det er umulig å sitte der nede slik som de automatene bråker"*. Veggene rundt sofagruppen er av glass, slik at man heller

ikke sitter veldig usjenert. Alle som kommer inn vil se rett på de som sitter der. Det er noen bilder på veggene her, samt litt informasjon om sykehjemmet. Rett fram er kafeteriaen, og til høyre bak resepsjonen, ligger aktivitetsrommet. For å komme seg opp i etasjene og til avdelingene, kan man ta heisen eller gå opp en smal trapp. Før feltarbeidet mitt begynte var jeg på et par møter med daglig leder, der hun introduserte meg for noen av dem som jobber der, deriblant avdelingsleder for post to der jeg i all hovedsak skal være. På mitt første møte med sykehjemmet som feltarbeider legger jeg merke til de noe uvante omgivelsene: *Denne morgenen i januar går jeg alene opp de to trappene til post to. Underveis legger jeg merke til en fremmed lukt, en blanding av urin, sykehus og innestengt luft. Det er flere som roper "hallo" fra rommene sine. Jeg kjenner at jeg blir litt skremt av hvordan livet kan ende, ikke minst i hvilke omgivelser. Jeg møter flere pleiere på vei opp, og alle hilser som om de har sett meg før. Vel oppe på post to finner jeg vaktrommet som ligger midt i den ene av to korridorer. Det er glassvindu og dør ut til gangen, slik at man lett kan se ut, og ikke minst inn. Jeg legger fra meg ytterjakken min her, før jeg beveger meg innover avdelingen, og begynner å hilse på beboerne.*⁵

Solåsen sykehjem

Sykehjemmet er delt i 3 avdelinger eller poster, og hver post har sin etasje. Det er totalt 82 plasser her, fordelt på korttids- og langtidsplasser. Korttidsavdelingen ligger i 1. etasje og har 27 plasser, den somatiske avdelingen i 2. etasje har 29 plasser, og demensavdelingen i 3. etasje har 26 plasser. De fleste av beboerne har enerom. På korttidsenheten er det 2 dobbeltrom. Rommene har wc, og er på ca 11m². Beboerne kan innrede rommene med noen personlige eiendeler. I andre etasje finnes det to større enerom som de som har bodd der lengst, blir tildelt.

I grunnetasjen eller etasje 0, der man kommer inn, ligger kafeteria, aktivitetsrom, kontorer, tannlege, frisør, fotpleie og legekontor. Det er også en barnehage i den ene delen av denne etasjen. Aktivitetsrommet er innredet med mange gamle ting, slik som bøker og pyntegjenstander i bokhyllene, en gammel symaskin, en fiskekjelke, og ikke minst mange bilder fra "gamle dager". Dette rommet blir brukt til høytlesning, noen

⁵ Utdrag fra feltnotater mandag 17. Januar 2011

ganger andakt, frokostklubben hver fredag, filmfremvisning og verdensmesterskap (VM) i ski studio. Det har et tilstøtende kjøkken der man under VM på ski kokte pølser og stekte vafler for å skape den rette "Holmenkollstemningen". Kafeteriaen er mer nøytralt innredet. Her er det flere små bord og et par sofagrupper. Det er også utgang til terrassen og hagen herfra, og når temperaturen tillater det, står denne døren mye åpen. Kafeteriaen brukes til felles samlinger, slik som konserter, sommerfest og også begravelser. Dersom man får flere venner eller slektinger på besøk, setter man seg også her. Jeg var med på flere tilstelninger her i løpet av mitt feltarbeid. Flere av beboerne feirer også bursdagen sin her. De ansatte bruker dessuten også kafeteriaen som lunsjrom. De kan spise på vaktrommet, men får sitte litt mer i fred eller ute av syne her nede. De få gangene jeg spiste lunsjen min her nede, fikk jeg også sitte i fred. Ingen av de ansatte kom å satte seg ned ved siden av meg. Det virket på meg som om de oppfattet et tydelig skille mellom oss. De var på jobb, og jeg befant meg mer i en gråsone, ikke betalt, men tok meg samtidig av noen av de eldre, hovedsakelig i form av samtale og turer i og rundt sykehjemmet. Jeg var helt klart en avlastning for de ansatte i mange situasjoner, men samtidig en som studerte hvordan livet på arbeidsplassen deres var.

Sykehjemmet ble pyntet av de ansatte til høytider slik som jul, påske, 17. mai og ved spesielle feiringer eller anledninger. Dette til de fleste av beboernes store glede. Mange påpekte hvor pent de syntes det var pyntet her under høytidene, og flere tok seg en tur ned. Det ble også pyntet på de forskjellige avdelingene. Jeg la imidlertid merke til at noe av påskepynten aldri ble tatt ned igjen. Da jeg var på besøk i november etter endt feltarbeid, hang det fremdeles påskepynt på post to.

I kjelleretasjen fins det garderober for de ansatte, kjøkken, fryser, kjølelager for døde mennesker, lager og et kapell. Her nede er det mørkt og relativt kjølig. De gangene andakten ble holdt her nede i kapellet, var det noen som avsto fra å delta nettopp på grunn av at de syntes det er for mørkt og kaldt her. Det ligger i en kjelleretasje, men det har vinduer øverst på veggen. Det er et sentrallufteanlegg i hele huset. Dette anlegget blåser som regel ut altfor kald luft, og er vanskelig å regulere. Som et resultat av dette har beboerne nesten alltid ulljakker på seg, og et teppe over bena hvis de sitter i rullestol. En av mine informanter fortalte at hun ofte avsto fra andakt dersom den ble holdt nede i kapellet. Hun syns simpelthen det ble for kaldt. Noe av det samme

problemet var det også oppe i aktivitetsrommet. Der blåste luftanlegget kald luft rett inn over bordet som beboerne samlet seg rundt. Jeg stod ved flere anledninger og balanserte på en stol, med papir og tape i forsøk på å tette igjen luftingen. Det virket bare delvis. Jeg lærte også raskt å ta med meg et skjerf eller sjal når jeg skulle være med på aktiviteter rundt om i huset. Bygget er på denne måten ikke helt tilpasset brukerne og bruken av det. De aller fleste av aktivitetene foregår mens de eldre sitter stille, enten på stoler eller i rullestol, og de er derfor avhengig av at temperaturen er behagelig.

Kapellet i kjelleren likner på et hvilket som helst annet kapellrom, litt lite kanskje, men med alle de kristne symboler og gjenstander man vanligvis finner i et kapell. Det var stoler i stedet for de tradisjonelle benkeradene, noe som er mer praktisk da flesteparten av brukerne enten kommer i rullestol eller med rullator. Foran i rommet er alteret, og bakerst et piano. Alle får utdelt et ark med salmer før gudstjenesten begynner. Presten hilser på hver og en, og det virker som om hun kjenner de fleste personlig. Til gudstjenesten eller andakten kommer beboerne inn fra døren ved siden av alteret. Herfra er det bare 20 meter til heisen. Alle som ville være med, blir fulgt ned av pleierne og hentet igjen etter andakten. Det er riktignok ikke alltid at pleierne står klare til å hente igjen, og må ofte ringes etter av presten. Det er også en utgang i andre enden av rommet, som ble benyttet under bisettelser. Da kommer de pårørende inn rett utenfra, og kisten med den døde blir også fraktet ut etter seremonien i en ventende bil. Jeg var med på en bisettelse her. Da var kapellet pyntet med blomster, som så ble fraktet opp i kafeteriaen der minnesamværet etterpå ble holdt. På toppen av huset finns det et loft, eller 4. etasje, der det lagres ting, som for eksempel senger, rullatorer og andre hjelpemidler. Jeg var aldri her oppe, men ble fortalt hva som fantes der. Denne etasjen er ikke tilgjengelig for beboerne av sykehjemmet.

Post 2

Her kommer en beskrivelse av post 2, der jeg tilbrakte mesteparten av min tid av feltarbeidet. Den ligger i 2. etasje, og består av to lange parallelle korridorer. Det er to heiser som kommer opp på midten av disse korridorene, i tillegg til den smale trappen. Midt i den ene korridoren er det skapt en tv krok med sofa og noen stoler på den ene siden, samt en sittegruppe på motsatt side. Idet man kommer ut av heisen er det en

kommode der avisene legges ut hver morgen, og hvis noen dør, settes det opp et bilde av vedkommende her samt at det tennes lys. Vaktrommet for pleierne befinner seg også her. Det har glassvegger og glassdør slik at alle kan se både inn og ut. Det står riktignok et skilt på døra om at den skal være lukket til enhver tid, noe jeg opplevde at den ikke var. Flere av de pårørende henvender seg her når de kommer på besøk, og beboerne kunne også stikke hodet inn her dersom de hadde behov for hjelp eller lurte på noe. De daglige møtene for pleierne fant sted her, stort sett klokken elleve. Flere av beboerne klaget over at alle var på møte samtidig, flere fikk da ikke den hjelpen de måtte ha behov for i det tidsrommet møtet varte. Det var også flere ansatte som valgte å spise lunsjen sin her. Det finnes også et kontor innenfor kontoret her som tilhører avdelingsleder. Her kan man lukke døren, og sitte mer i fred hvis man skulle ha behov for det.

Rommene ligger på rekke og rad i korridorene, og i den ene enden av disse er det to store vinduer som kan åpnes helt opp slik at det kan luftes ordentlig. Vegger og tak i korridorene er hvite og dørene gule. Det er laminatbelegg på gulvet og ingen dørterskler, slik at rullestolbrukere og rullatorer lett skal kunne komme seg rundt. Det er hengt opp en del bilder i korridorene for å skape en mer hjemlig atmosfære. Det står også noen små bord og kommoder langs veggen. Alle bilder er relativt gamle, og er ment å speile de eldres oppvekst og liv. I den ene enden av korridoren er det et fullt innredet lite kjøkken, som også kalles stue. Her spiser ca 10-12 personer måltidene sine, fordelt på to bord. Midt i korridorene, der man kommer ut av heisen, ligger det største kjøkkenet eller stuen. Dette rommet ligger bak tv kroken beskrevet over. Der er det glassvegger slik at de som sitter der kan følge med på hva som skjer på gangen. I denne stuen er det en stor kjøkkenkrok med kjøleskap, oppvaskmaskin, vask, benker og flere skap og skuffer. Utenfor kjøkkenet/stuen er det en relativt stor balkong som brukes av røykerne om vinteren, og av alle de andre om våren og sommeren. Her ute henger det også et termometer som viser hvor varmt eller kaldt det er. Dette blir flittig tittet på av mange av beboerne.

Et sted mellom 13-18 beboere spiser måltidene sine i denne stuen, fordelt på fire bord. Alle har faste plasser, og disse avvikes det sjeldent fra. Av og til hendte det at en eller annen satte seg ved et annet bord for å slå av en prat, men det var som regel etter at måltidet var ferdig. De som er for syke til å spise måltidene i fellesrommene, får mat

servert på rommet i stedet av pleierne. For noen gjaldt dette en kort periode ved for eksempel sykdom, for andre var ordningen mer permanent. Den gjengse oppfatningen var at man bør delta på måltidene i fellesrommet dersom man klarer det. Det ble alltid bemerket hvis en av de som pleide å spise i stuen en dag ikke gjorde det. Det er et tegn på friskhet å kunne sitte sammen med de andre å spise, så hvis en uteble ble det spekulert i om vedkommende var blitt syk eller om noen hadde glemt å hente ham eller henne. Det hendte selvfølgelig også at noen hadde besøk, og var fraværende av den grunn. Mennesker i en terminalfase forlot heller ikke rommet sitt. Det er ingen andre fellesrom eller arealer på post to enn de to kjøkkenstuene og tv-kroken i gangen, så måltidene var også en arena for sosial samhandling. For mange var derfor måltidene dagens høydepunkt, og flere satt nokså lenge til bords. De fleste av beboerne hadde tv og radio på rommet, og tilbrakte mye tid der.

Rommene

Jeg hadde et veldig tydelig fokus på ting og materialitet da jeg begynte på feltarbeidet, men innså forholdsvis raskt at jeg måtte utvide fokuset. Rommene til beboerne er såpass små at de ikke har anledning til å ta med seg alt for mye. Flere hadde med bilder, pyntegjenstander og kommoder som har fulgt dem et lang liv, mens andre ikke hadde tatt med seg noe særlig. Tingene vi omgir oss med er med på å bekrefte identiteten vår (Miller 2008, 2010), og forteller noe om livet vi har levd. Flere har nært forhold til fysiske gjenstander, og har tillagt dem mening.

Det tar tid å skape et hjem, og det kan være vanskelig å velge ut hva man skal ta med seg videre til et sykehjem. Noen igjen hadde kjøpt nytt på Ikea for å ikke bryte opp et hjem der ektefellen fremdeles bor. De fleste var heller ikke så veldig opptatt av tingene sine. De fortalte høflig da jeg spurte, men ville heller snakke om andre ting. En av damene fortalte imidlertid at hun hadde brukt lang tid på å velge ut tingene hun hadde med seg. Dette fordi hun ikke ville ta ting fram og tilbake i følge henne selv. Plasseringen i rommet var heller ikke tilfeldig. Bildet av hennes avdøde ektemann hang over fotenden i sengen i en slik høyde at det var det siste hun så før hun sovnet, og det første hun våknet til neste morgen. Hun hadde også forskjellige pyntegjenstander som enten venner av

familien eller forskjellige familiemedlemmer hadde laget. Disse var hun veldig stolt av, og passet på å fortelle meg historien bak, og hvor hun hadde hatt dem i sitt tidligere hjem. Flere av beboerne tilbrakte mye av tiden sin inne på rommet. Mange så på tv, mens noen leste eller hørte på radio og musikk. Jeg hadde en forventning om at det skulle være et slags fellskap som utspant seg i at folk ville tilbringe mye tid sammen på fellesrommene på dagtid. Dette var det lite av. Noen satt sammen å så på tv, mens de fleste hadde egne gjøremål i løpet av dagen. Noen var selvfølgelig ikke friske nok til å gjøre noe annet enn å tilbringe dagen på rommet sitt. De fleste hadde sine faste rutiner. En mann, Einar, hadde det alltid litt travelt etter frokost med å komme seg inn på rommet sitt igjen, han skulle pusse tenner. Så ble han gjerne litt på rommet sitt, før han satte seg på en av stolene i korridoren for å lese avisen.

I følge Gullestad (1992) er soverommet og badet noe av de mest private områdene i et hjem. Vi inviterer ikke gjester inn hit. Goffman (1959) beskriver badet som et eksempel på hvor vi er *back stage*.⁶ Idet mine informanter flyttet inn på Solåsen sykehjem, fikk de nå bare et rom i tillegg til et lite bad som er deres. Soverommet blir dermed også stue og oppholdsrom, og mister den intime private sfæren. Får man besøk, må disse sitte i sengen eller på en stol ved siden av. Toalettbesøk blir også flyttet ut fra sfæren *backstage* til *frontstage* da de fleste trenger hjelp til dette. Flere av pleierne lukket ikke alltid døren når beboerne var på toalettet, slik at den private sfæren ble delvis offentlig. Informantenes forhold til hjem og ting er dramatisk endret etter innflytting på Solåsen.

Det var to damer som mange var enige om at hadde det ”spesielt pent” på rommene sine. De var alle ivrige etter å vise meg disse to rommene. Beboerne her hadde tatt med sine egne sengetepper, og en av dem hadde hengt opp selvvevde tepper på veggen. Rommene til de fleste var stort sett innredet av barn og svigerbarn av beboerne. Noen hadde vært med på å velge ut ting selv, andre ikke. Alle rommene, med unntak av to som var litt større, var på ca 11 kvadratmeter, og inneholdt seng, nattbord, garderobeskap og et lite toalett med vask. De aller fleste hadde i tillegg en kommode og tv, pluss andre personlige eiendeler. Mange hadde døren til rommet sitt åpen hele dagen, mens noen valgte å lukke

⁶ Goffman (1959) bruker metaforene *frontstage* og *backstage* for å beskrive det som henholdsvis tilhører den offentlige sfære og den private. Dette er ikke absolutte størrelser, og det finns variabler av begge. Noe kan for eksempel være mer *frontstage* enn noe annet, selv om det heller ikke er *backstage*.

den. Dusj er på gangen, to stykker på post to, og beboerne har derfor faste dusjdager, én gang i uken hver.

Alle rommene har et stort vindu som kan åpnes helt. De fleste har også gardiner som tilhører sykehjemmet. Noen av rommene var svært sparsommelig møblert, med kun bord, stol og nattbord som tilhørte sykehjemmet. Det var heller ikke alle rommene hvor sengen ble redd opp til en slags sofa hver dag. På disse rommene, hvor sengen var en seng hele dagen, ble institusjonspreget tydeligere i den forstand at det da liknet mer på et sykehus. Alle har navnet sitt skrevet utenfor døren slik at man vet hvem som bor hvor. Det er også et nummer over hver dør, som de ansatte ofte refererer til når de omtaler beboerne. Det er derimot ingen oversikt nede ved inngangen over hvem som bor der, slik det er i de fleste bygårder. Noen synes dette var litt ergerlig, spesielt med tanke på besøkende.

Mennesker skaper seg selv som individer, blant annet gjennom den objektiviseringsprosessen det er å skape et hjem (Gullestad 1992: 79). Hjemmet vårt fungerer som et vindu til verden. Kofod (2008) referer til den amerikanske sykepleieren Swensson som forteller at mange eldre er knyttet til sitt hjem og sine gjenstander, som om det var en del av kroppen (Swensson 1998 i Kofod 2008). Sett i lys av dette, kan man forstå hvordan identitet må gjenskapes på sykehjemmet, og hvor vanskelig det kan være å gjøre dette ved hjelp av de fysiske tingene de har tatt med seg, som i de flestes tilfelle er svært få. De fleste la heller ikke så mye vekt på betydningen av tingene de hadde på sykehjemmet. De fortalte heller at de hadde forsonet seg med adskillelsen fra det de hadde eid tidligere. De reforhandlet sin identitet på andre måter enn gjennom ting, deriblant gjennom samhandling og minnearbeid. Studiet av mennesker og deres forhold til gjenstander går i antropologien helt tilbake til strukturalismen (Miller 2010). Ideen her var at man ikke skulle se på gjenstander som selvstendige enheter, men i relasjon mellom enhetene.

4. Beboerne

Her vil jeg først presentere beboerne generelt, før jeg gir en nærmere presentasjon av de to beboerne som fungerte som mine nøkkelinformanter.

De aller fleste av beboerne er mellom 80 og 100 år gamle, kvinner og menn. Felles for alle er at de trenger hjelp til å ta vare på seg selv. I hvilken grad de behøver hjelp til daglige gjøremål, varierer. Noen trenger hjelp til alt, fra å bli matet til å kle av og på seg og komme seg opp og ut av sengen, mens andre spiser selv og kan bevege seg noenlunde greit rundt på egen hånd. Noen sitter i rullestol, mens andre går ved hjelp av "prekestol", rullator eller stokk. Grad av aldersdemens er også veldig varierende. Av de 29 plassene som er på post 2, er 2 av dem fordelt på 4 kortidspasienter. De har en rullerende ordning, slik at to er der i tre uker, så er de hjemme i tre uker, for så tilbake på hjemmet i nye tre uker. Disse 2 plassene ble delt av fire menn da jeg var der. Mange av beboerne har eller har hatt sine hjem i nærheten av sykehjemmet. Det var også en av årsakene til at de nettopp søkte seg hit. De fleste var også enige om at plasseringen av sykehjemmet i de grønne omgivelsene var avgjørende, selv om rommene er i overkant små. Flere av beboerne har også felles venner fra før, og mange felles sosiale referansepunkter. Hjemmet de nå har forlatt, spiller fremdeles en stor rolle i livene til mange. De ble nevnt nesten daglig, og gjerne med henblikk på hvordan livet var før. Krigen i 1940-1945 er også et tema de fleste er veldig opptatt av. Ikke så mye den politiske siden av den, men hvordan livet artet seg for innbyggerne i Oslo. At frigjøringsdagen 8. mai ikke ble nevneverdig markert på hjemmet, syntes de fleste var trist og skammelig. Beboerne på post 2 på sykehjemmet er en relativt homogen gruppe i den forstand at de alle er etnisk norske, med unntak av en dame fra Tyskland. De hadde også alle sammen en kristen middelklassebakgrunn. Jeg oppdaget at det var et eget samhold på avdelingen, med til tider rørende omtanke for hverandre.

Det var en del politisk uro i Midt Østen denne våren, det som i mediene blir omtalt som den arabiske våren. Dette ble gjenstand for hyppige diskusjoner blant noen av beboerne. Litteratur, film og maten som ble servert er også gjennomgangstemaer i samtalene. De fleste påpekte også at det aldri var nok hjelp å få, selv om de ikke kunne få roste de som var der nok. De jeg snakket mest med var også svært opptatt av hvordan de så ut, klær ,

hår og eventuelle smykker. De gjorde seg stor flid med dette hver dag. Damene har fast frisørtime annenhver uke, mennene noe sjeldnere. Alle fikk dusje en gang i uken.

Eldre på en institusjon

Mennesker som havner på en institusjon tilpasser seg de sosiale normer og regler som gjelder. Disse normer og regler kan avvike i forhold til hva man er kjent med fra tidligere i større eller mindre grad. All aktivitet foregår hovedsakelig innenfor husets fire vegger. Selv om man innretter seg relativt bra, vil nok mange også føle en motstand mot gjeldende normer og regler dersom avviket blir for stort. Mange kan også prøve å distansere seg fra de andre beboerne eller de som jobber der (Desjarlais 1997). Jeg så imidlertid ingenting som tydet på at beboerne utførte aktiv motstand mot systemet de var underlagt, selv om flere distanserte seg fra andre beboere som en måte å bekrefte sin egen identitet på. Dette gjaldt spesielt de av beboerne som regnet seg selv som mentalt friske. De distanserte seg fra noen beboere, da spesielt de med demens, og de som er såkalte urolige og roper mye. Noen av mine informanter var svært opptatt av å skape en distanse fra de beboerne som var demente i større eller mindre grad. De synes ikke at de burde være på samme avdeling, og den ene av beboerne gjorde det hun kunne for å underrette sykehjemsetaten om dette. Hun snakket om dette så å si hver dag, at det er forkastelig at de blander *"psykisk syke med somatisk syke"* som hun sa. De demente ble også delt inn i forskjellige kategorier hos henne, de som ropte og var til sjenanse for andre, og de som bare var litt *"glemsomme eller tullede"*. Likevel påpekte min informant hele tiden viktigheten av å ha noen *"klare"* å snakke med hver dag. Med klare mente hun ikke-demente.

"De hadde ikke satt ut flagg på bordet til frokost i dag, så jeg sa i fra. Håper det har kommet nå til lunsj", sier Else. Det er FN dagen og offentlig flaggdag, og det skal markeres med ekstra god lunsj. "Den ene vet ikke hva den andre gjør, de er for unge vet du, det skulle vært et voksent menneske som kjente gangen i det vet du, en som forstår hvordan det er å bo på sykehjem."

Selv om de aller fleste tilpasset seg bra, og til og med la til seg noen nye vaner, Else som er 98 år begynte for eksempel først å drikke kaffe da hun kom på sykehjemmet for 2 år

siden, var de samtidig også preget av et langt liv, og opptatt av hvordan de pleide å ha det hjemme, det vil si før de kom på sykehjem.⁷

De eldre der lærte seg også raskt hvem de skulle snakke til og ikke. Noen ble sinte og opprørte over det minste tilsnakk, mens andre satte pris på samtalen. En mann ved det bordet jeg tilbrakte mye tid, ble lett oppfarende dersom en av damene minnet ham på å spise opp maten sin for eksempel. Det er flere av de ansatte som jobber aktivt med å skape et hjem, og hyggelig stemning for de eldre som bor på sykehjemmet. Hver fredag var det som regel noe godt til kaffen etter lunsj, noen av nattevaktene bakte ofte kaker, og det var flere hyggelige aktiviteter de fleste kunne være med på. Noen morgener jeg kom kunne det lukte deilige boller eller liknende i de to stuene. Det virket som om dette ble satt pris på av beboerne, så vel som av de ansatte.

Else

Rommet til Else, 98 år, er et av de små standardrommene på ca 11 kvadratmeter. Hun har innredet det med bilder og møbler samlet fra et langt liv. På veggen har hun fire malerier, hvorav ett som hun selv har valgt ut til å bli med på hjemmet, resten har familien valgt for henne. Et av bildene er et stort portrett av hennes avdøde mann. Maleriet hun selv har valgt, stammer fra barndomshjemmet i Oslo. Langs den ene langveggen har hun en vakker gammel kommode som kan låses. Det var en periode at penger forsvant fra rommene til noen av beboerne på sykehjemmet. Etter det så Else seg nødt til å låse inn verdisakene i kommoden. Hun forteller også at hun ble frastjålet to helt nye skjørt. Det ene oppdager vi på en av beboerne i 3. etasje, dementavdelingen, noen måneder senere idet vi tok heisen sammen. Else er da raskt borte hos denne damen, og tar på skjørtekanten for å se om det er lagt opp på samme måte som sitt eget. En av aktivitetørene blir engasjert, og det viser seg til slutt at skjørtet er Elses.

⁷ Dette er i tråd med Bourdieus (1973) begrep om habitus. Vi blir påvirket av det miljø og omgivelser vi vokser opp i, den underliggende orden Bourdieu kaller habitus. Habitus virker konstituerende for våre handlinger.

Hun er meget takknemlig for å få igjen skjørtet sitt, samtidig som hun også ble minnet på det andre skjørtet hun ble frastjålet.

I hjørnet på rommet hennes, ved siden av kommoden, står det en lenestol som er fylt med puter og en kurv. Else beklager at det er litt rotete her, men det blir litt mer hjemlig på den måten. Foran vinduet på kortveggen har hun et nattbord som kan slås ut til et lese- og skrivebord på dagtid. Her har hun diverse personlige eiendeler, som litt sminke, en kam, speil, kremer, avis og noen penner. Det står også alltid et glass vann her, som hun fester ringesnoren rundt. Hvis hun trenger hjelp fra pleierne, har Else denne ringesnoren hun kan dra i. En tilsvarende snor finns på alle rom på sykehjemmet. Over sengen på den andre langveggen, har hun en hylle. Her har hun bilder av barn, barnebarn og oldebarn. Hun har også en god del planter og blomster på rommet sitt, de fleste stående på kommoden, men også noe på nattbordet. På veggen over sengen henger det også en tv. I hjørnet ved enden av sengen og døren er det et lite toalett med vask. Her er det også noen hyller med litt utstyr. Den øverste hyllen rekker hun riktig nok ikke opp til, så hun må ha hjelp både morgen og kveld. I flukt med badet er det et lite skap til klær. På døren har hun en settetavle der hun har hengt opp forskjellige tegninger og kort, og en bursdagskalender. Den forteller henne når de forskjellige familiemedlemmene har bursdag. Hun synes det er viktig, og har stor glede av å ringe de hun kjenner for å gratulere på fødselsdagen.

Else tilbringer en del timer sittende i rullestolen og ser ut av vinduet. Da jeg begynte mitt feltarbeid, var det midtvinter og is og snø på stien utenfor vinduet. Else forteller at hun til sin bekymring har sett flere gå overende på stien nedenfor vinduet. Det er også mange unge mødre som strever opp stien med barnevogn.

Hun bodde i samme område da hun var gift og hadde barn, og forteller mye om hvordan de brukte grøntarealet på den tiden. Hun husker også spesielt 2. verdenskrig godt. *"Da var jeg ikke redd for å gå her ute alene etter at det ble mørkt. Det var jo tyske vakter overalt"*. Hennes førstefødte sønn ble født samme dag som Norge ble invadert. Sykehuset hun lå på var evakuert, det var bare hun og en nyoperert mann der. De to sov i en sovesal i kjelleren. Her var hun i tre uker før hun fikk dra hjem med den nyfødte. Da de kom hjem, ble de evakuert rett ut av byen for noen uker. Barnet ble døpt med en gang.

Legen anbefalte dette fordi han ikke var helt sikker på om barnet ville overleve. Barnet hadde noen rare pustelyder. Alt dette gjorde selvfølgelig Else redd og bekymret. Hun hadde nettopp fått sitt første barn, og andre verdenskrig hadde akkurat begynt i Norge. Etter en stund kunne de flytte tilbake til bygården der de hadde leiligheten sin i Oslo. Her utviklet det seg raskt et samhold mellom beboerne i gården. Mange var på samme alder, og i samme livssituasjon, nyetablerte med små barn. Else forteller om et spesielt vennskap som oppsto i bomberommet hver gang flyalarmen gikk. Hun er fremdeles venner med flere av de gjenlevende fra den tiden. De kom blant annet til sykehjemmet for å feire bursdagen hennes noen uker tidligere.

Else var aktiv i foreningen for poliomyelitt da hun var yngre. De arrangerte blant annet loppemarked og heklet grytekluter til inntekt for poliosyke mennesker. De reiste hele landet rundt med denne foreningen, og Else har gode minner fra den tiden. Hun forteller også at foreningen var med på å starte Märthas sykehus, der grunnsteinen ble lagt ned av daværende Kong Haakon. Else er i dag blant de eldste på sykehjemmet, men også en av de som er klarest. Hun er alltid blid og positiv, og har visst vært det hele sitt liv i følge flere familiemedlemmer. Det virker på meg som om hun forsøker å gjøre det beste ut av sykehjemstilværelsen, selv om hun også er misfornøyd med flere elementer der. Hun er godt likt, og snakker med de fleste av de andre beboerne, samt at hun deltar på så å si alle aktivitetene. Hun har en fabelaktig hukommelse, og forteller mye fra et langt og innholdsrikt liv.

Lilly

Lilly er 80 år, og har vært på hjemmet i nærmere to år. Hun har et standard rom med utsikt ut mot en vei. Lilly har ikke tatt med noe særlig hjemmefra. Hun vil ikke ødelegge hjemmet hun deler med mannen, og der mannen fremdeles bor. Løsningen ble å kjøpe møbler og bilder fra Ikea. Det eneste bildet hun har med hjemmefra er et collage av fotografier som datteren til en venninne laget for flere år siden og et par bilder av mann, barn og barnebarn. Ellers har hun fått laget en hylle i vinduskarmen der hun kan ha bøker, frukt og radio blant annet. Hun har en god stol inntil vinduet med et leselys over. Her sitter hun mye og leser både aviser og bøker mens hun hører på radio. TV vil hun ikke ha på rommet sitt. Ved siden av stolen er det et lite bord, og ved siden av der igjen

en høy kommode fra Ikea. Hun sier at hun ikke vil hjem til leiligheten igjen, samtidig som hun påpeker at hun har et hjem, mann og leilighet. Denne leiligheten beskriver hun også for meg i detalj, det samme med huset hun og mannen bodde i før, sammen med sønnen. Det ble tilslutt for stort for to eldre mennesker, ikke minst ble hagen for stor, så de solgte og flyttet til en leilighet. Jeg får også inngående kjennskap til de forskjellige barndomshjemmene hun har hatt.

Lilly engasjerer seg i hva som foregår innefor sykehjemmets fire vegger. Hun kan navnet på alle på avdelingen, beboere og pleiere, og kjenner også til historien til flere. Hun introduserer meg for flere, og hjelper meg å huske hvem de er og hva de heter i begynnelsen. Hun er også svært opptatt av kosthold, og derav hva de får å spise på sykehjemmet. Frokosten er hun godt fornøyd med, lunsjen er stort sett ok, men middagen syns hun ofte er trist. Det er mye *"ubestemmelig pasta druknet i saus"*. Lilly ønsker seg mer kylling og lettere mat. Hun er også opptatt av å holde figuren, og vil derfor ikke spise hva som helst. Hun synes ikke det er noe gøy å legge på seg. Hun går turer hver dag opp og ned korridorene, og er ivrig med på fellesgym to ganger i uken. I tillegg gjør hun øvelser inne på rommet sitt, og forteller meg at hun alltid har vært glad i å gå turer. Som ung gikk hun dessuten mye på ski i Nordmarka etter jobb. Lilly bodde også et år i Frankrike for å lære språket, noe hun trivdes godt med. En kveld i Paris ble hun ut invitert ut av en foretningsforbindelse av hennes far. Han tok henne med på en klubb med lettkledde sparkepiker. Lilly var i følge henne selv *"helt grønn"* på det området, hadde ikke en gang sett sin egen mor uten klær. *"Den gangen kledde man av og på seg i mørket. Det gjorde i hvert fall min mor"*, forteller Lilly. I dag ler hun når hun tenker på denne kvelden i Paris, og hvor uskyldig hun var på den tiden. Lilly har reist mye i sitt liv, spesielt etter at hun traff mannen sin. Hun snakker flere språk, og er opptatt av kultur. Hun blir derfor svært forferdet da hun hører om plyndringen av museet i Egypt under urolighetene der. Hun er generelt ganske oppdatert på utenrikspolitiske hendelser. Hun ser ikke noe særlig på tv, men leser Aftenposten fra "perm til perm" hver dag, i tillegg hører hun radio. Lilly har en ganske rå form for humor. Hun er veldig direkte, slik at jeg, og flere, ler mye sammen med henne. Hun er en tydelig skikkelse på sykehjemmet.

De to overnevnte informantene var mine nøkkelinformanter, og de første jeg ble kjent med. De innlemmet meg ved bordet sitt, og presenterte meg for de andre beboerne. De hjalp meg også å huske navn på de forskjellige i begynnelsen, i tillegg til at de også var flinke til å oppdatere meg på hendelser som fant sted når jeg ikke var der.

5. Relasjoner

I dette kapitlet vil jeg si noe om hvilke relasjoner beboerne har til hverandre og til pleierne. Jeg vil ved empiriske eksempler vise hva disse relasjonene har å si for identitetsskaping og opprettholdelse, samt hvordan de forskjellige posisjonerer seg i forhold til de andre. Jeg vil også knytte relasjoner opp til identitet.

Identitet skapes gjennom forhandlinger med andre, og bekreftes av de signifikante andre. I følge Jackson (1996) ligger mening i de relasjonene man lever i. Vi vil alle være noe, bli sett og nå våre mål. Dette er med på å skape vår identitet, og å fortelle omverden hvem vi er. Dette fortsetter når en kommer på sykehjem, men da må samtidig rollene og identitet skapes på nytt, og bekreftes av de andre man inngår i relasjon med. Den tidligere identiteten er fremdeles med en på enkelte måter, men man er også fratatt mye av sin tidligere identitet fordi man har en annen rolle. Denne må nå reproduseres og kommuniseres ut til de andre. Identiteten skapes gjennom forhandlinger med andre, og ikke minst ved adskillelse fra andre identiteter. Vi prøver ofte å fortelle hvem vi er gjennom å si noe om hva vi ikke er. Vi vil skape en avstand til det vi ikke vil bli identifisert med (Jenkins 1996:20).

Alle beboerne på Solåsen sykehjem har skapt seg nye relasjoner der etter at de flyttet inn. Dette være seg til hverandre, pleierne eller andre beboeres pårørende. Jeg opplevde at de selv kategoriserte seg inn eller ut av grupper med andre eldre. Mye av dette ble spesielt tydelig under måltidene, gjennom hvor de forskjellige sitter. Ingen var tilfeldig plassert ved bordene, de var tvert i mot satt ved siden av noen man kunne forvente at de ville ha det hyggelig sammen med. Enkelte av beboerne ville gjerne være med på å bestemme hvem som skulle sitte hvor. Hvordan dette foregår og hva det vil si i praksis, vil jeg eksemplifisere ved hjelp av noen eksempler under.

Avstand

Etter et par uker i mitt feltarbeid, ankommer det en ny mann, Oskar.

Lilly engasjerer seg sterkt for at han skal få lov til å sitte ved hennes bord. Hun er svært opptatt av å skape et hyggelig bord, det er jo i all hovedsak her sosialiseringen foregår.

Ved dette bordet sitter også blant annet Else som hun er god venninne med. *”Det er viktig at måltidene er hyggelige, man må sitte sammen med de man liker, de man kan ha en samtale med. Samtale er viktig”*, sier Lilly. Etter hvert viser det seg at Oskar er mer dement enn først antatt. Da er engasjementet tilsvarende for å få flyttet ham til et annet bord. Det blir en del ståhei, Lilly argumenterer iherdig om hvorfor Oskar nå bør flyttes til et annet bord. Etter hvert blir han flyttet, men forsetter å vandre litt forvirret rundt bordet til Lilly, til hennes store forargelse. Til slutt opphører også dette, og samtalene dreier seg igjen om andre ting. Lilly er opptatt av at hun selv ikke er dement, og for å vise dette til omverden, er det viktig for henne å omgås andre ikke-demente. De som er demente er også et skritt nærmere døden enn de som ikke er det. Dementia er noe de fleste frykter og gjerne vil holde på avstand.

Lilly er også veldig tydelig på at samtale er en stor del av livet på Solåsen, og med det mener hun at man må kunne samtale om interessante ting og hendelser. På et sykehjem er det ingen som kjenner deg fra før, det er i hvert fall som regel tilfelle i de fleste store byer. Man havner på sykehjem etter behov og kapasitet, og kan ikke velge sine medbeboere. Man blir beboer på en institusjon, og dermed satt litt ut av samfunnet, og på mange måter strippet for sin tidligere identitet man hadde der. Man er ikke lenger en bidragsyter til samfunnet i den grad man tidligere har vært vant til. Ny identitet må skapes, formes og formidles. Dette gjøres blant annet ved å distansere seg fra dem man mener er ulik seg selv i en eller annen grad. Lilly, for eksempel, bor på Solåsen fordi hun har hatt et hoftebrudd, hun har en såkalt somatisk sykdom. Det samme har Else, så disse to kommer veldig godt overens, og kommuniserer også dette ut, blant annet ved at de sitter sammen og spiser. Begge fortalte meg ved flere anledninger at det var Lilly som hadde fått Else til å få fast plass ved dette bordet. Tidligere spiste Else i den andre stuen, men da Lilly flyttet inn, fikk hun ordnet det slik at Else ble satt ved siden av henne ved bordet.

Hvem som sitter hvor, hvem man kan snakke med, hva man spiser, hvor mye man spiser, hvordan man spiser og hvordan man oppfører seg i fellesrommene blir nøye observert og diskutert blant mine informanter. De fleste har klare oppfatninger om disse temaene. Det er også viktig å hilse høflig på hverandre i det man ankommer bordet, og så takke for

maten og seg i det man forlater bordet. Dette er noe de har gjort hele livet, og har glede av å fortsette med.

Forhold

Flere av beboerne markerte også et tydelig skille mellom seg selv og pleierne som jobber på sykehjemmet. Under høytider kom dette spesielt til syne, deriblant på frigjøringsdagen 8. mai som ikke ble markert på sykehjemmet. Dette syntes de eldre var skammelig. De fleste har et nært forhold til 2. verdenskrig, og hadde alltid markert frigjøringsdagen. Flere reagerte også på at de hvite dukene som ble lagt på bordene ved litt finere middager, ikke var strøket eller at flagg ikke ble satt fram. Dette ble ofte forklart med at de som jobber der *"er unge og ikke vant til det hjemmefra"*. Både alder og bakgrunn ble lagt til grunn for denne distanseringen fra pleierne. Flere kom dessuten fra andre land enn Norge, og hadde dermed ikke samme historiske fellesskap. Frigjøringsdagen betyr ikke det samme for en som har opplevd krigen har familie som har det eller for en som kanskje bare har bodd her i noen år. I tillegg kommer generasjonsskille inn. 8. mai betyr nok heller ikke det samme for dagens unge som for de eldre. Det var et tydelig *"vi som bor her"* og *"de som jobber her"*. Dette ble selvfølgelig også forsterket av at de ansatte var kledd i helsevesenets hvite klær.

Et forhold mellom mennesker er en kontinuerlig prosess, og krever gjensidig arbeid. En relasjon blir til gjennom daglige praksiser (Carsten 2000). Disse praksisene kan være at man bor sammen, deler gleder og sorger sammen eller bestå av mating og stell/hjelp (Carsten 2000:34) Carsten bruker begrepet *relatedness* som et alternativ begrep for å beskrive relasjoner som ikke består av slektskap eller blodsband. For å oppnå *relatedness* med andre mennesker en ikke er i slekt med, må relasjonen inneholde visse elementer, samt at dette må foregå i tid. Det må være en viss kontinuitet i relasjonen. Relatedness er et begrep man kan bruke for å studere relasjoner når slektskap og blodsband ikke er en del av relasjonen (Kofod 2008). Sosiale relasjoner er skjøre, og krever kontinuerlig arbeid for at de skal bestå (ibid.) For meg er det aktuelt å bruke Carstens begrep, når jeg ser på forholdet mellom mennesker som ikke er i slekt med hverandre, samt at kriteriene for relatedness er oppfylt for beboerne på sykehjemmet. Jeg vil derimot omtale det som relasjoner, men Carstens (2000) forståelse ligger til

grunn. Beboerne på Solåsen sykehjem kunne ikke velge hvem av pleierne de ville ha som primærkontakt, ei heller hvem de ville bli stelt av hver dag. Det var ofte forskjellige som vasket og hjalp den enkelte dag for dag. Else betrodde meg at hun aller helst ville ha en kvinnelig pleier, spesielt når det kom til kroppsvask og dusjing. Lilly derimot brydde seg ikke så mye om det var en mann eller dame som hjalp henne i dusjen. Men, de hadde begge noen de foretrakk, det var noen de hadde et bedre forhold til enn andre, uavhengig av kjønn. Noen hadde de kjent lenger enn andre, mens det igjen var andre de *"synes de var blitt kjent med på en annen måte. Noen tar seg mer tid til å snakke enn andre"*. Det var åpenbart forskjell på relasjonene de eldre hadde med de forskjellige ansatte. Dette var også uavhengig av tidsaspektet i relasjonen i den forstand at man ikke automatisk får en god relasjon selv om man har kjent hverandre over tid.

Makt og skjevhet

Det var en naturlig skjevhet i forholdet mellom pleiere og beboere. Pleierne var alltid voksne yrkesaktive mennesker som hadde et annet liv utenfor institusjonen. De eldre befinner seg i en liminalfase der de er strippet for tidligere identiteter (Turner 1967), deriblant identiteten som bidragsyter til samfunnet. De mottar hjelp av pleierne, de er som regel helt avhengig av hjelp i varierende grad, men de gir ikke noe konkret tilbake til de menneskene som pleier dem i livets siste fase. Det blir forventet at de skal være takknemlige for den hjelpen de mottar, og også tålmodig mens de venter på hjelp. Jeg opplevde ofte at pleiere sukket *"tror hun at hun er den eneste jeg skal hjelpe,"* når en avbeboerne sa *"hallo"* for å påkalle en av de ansattes oppmerksomhet i påvente av hjelp. Pleierne forventet i stor grad at beboerne skulle ha forståelse for deres arbeidssituasjon og at de ofte hadde mye å gjøre i forhold til kapasiteten. De eldre hadde nok en viss forståelse for dette, de så jo at mange av pleierne løp rundt, men ofte var det nok slik at de ikke fullt ut forsto hverandres situasjon. Else fortalte at hun ofte ventet en time eller så hver morgen i sengen før hun fikk hjelp til å komme ut av sengen. Det samme var jeg vitne til gjentatte ganger ved frokostbordet. De eldre kom inn, satte seg og måtte ofte vente en god stund før de ble servert frokost. Masing fra de eldre førte ofte til oppgitthet fra pleierne. Jeg la også merke til at alle pleierne fra post 2 samlet seg hver dag på pauserommet kl 11 for å ha morgenmøte. Dette gjorde de uavhengig av om alle beboerne var ferdig med frokost eller ei. Mange av beboerne var avhengig av hjelp for å

komme seg fra spisesalen og tilbake på rommet sitt. De eldre opplevde dette som frustrerende, og stilte oppgitte spørsmål til meg om hva jeg syntes om situasjonen. De følte seg nokså maktesløse og ignorerte av pleierne i denne situasjonen. Det var et tydelig skjevt fordelt maktforhold mellom pleiere og beboere som kom til uttrykk her. Personalet har makt, og kan utøve det hvis de vil. Beboerne er svakere enn pleierne, og er dermed klar over den skjevheten som eksisterer i maktforholdet dem i mellom. Beboerne har ikke anledning til å velge pleiere, og disse kan utøve makt ved å utsette beboerne for ekstra venting (Paterniti 2003).

Gammel

Jeg opplevde også at flere av de eldre ble omtalt som "søte", på samme måte vi omtaler barn på som søte. Dette gjaldt blant annet Solveig som var over hundre år gammel. Hun var avhengig av rullestol, og hørte svært dårlig, men ellers frisk, i hvert fall mentalt. Hun sa ikke så mye, men satt ofte ute i korridoren å så på TV med de andre. Hun virket alltid tilfreds eller ga i hvert fall ikke uttrykk for noe annet. Hun var godt likt blant både beboere og pleiere, og jeg hørte flere av pleierne omtale henne som svært søt. Det slår meg at de nok ikke ville omtalt en voksen dame på la oss si førti eller femti år som svært søt. De eldre på sykehjemmet befinner seg i liminalfasen mellom arbeidsliv og død, og har som sagt dermed mistet mye av sin tidligere identitet. De sammenliknes nå oftere med barn. Den voksne statusen er forstått som sterk, med kontroll over eget liv, uavhengig, aktiv, sterk, vertikal og med makt (Shield & Aronsen 2003). Eldre, da spesielt pleietrengende, har status som er forbundet med sårbarhet, avhengighet, usikkerhet, tap av autonomi og ofte sykdom. Dette påvirker selvfølgelig forholdet mellom pleiere og beboere, og skaper lett en skjevhet i dette forholdet. Mange av de demente på sykehjemmet er umyndiggjort, men det gjelder langt fra alle, og ikke de som ikke er demente.

Flere av beboerne distanserte seg fra pleierne, men også fra andre beboere. I det man skaper en distanse til noen, blir det dermed også et felleskap med andre. De eldre var en gruppe, men innad i denne gruppen var det flere undergrupper. Ved det bordet i matsalen der jeg tilbrakte mest tid, var det tydelig en slik undergruppe. Det var en gjeng på 6-7 personer som hadde det veldig hyggelig sammen rundt bordet. De hadde mange

felles referanser, og delte på mange måter en grunnleggende ontologi. Dette kom blant annet til uttrykk ved at det var mye humor rundt matbordet, ofte pent blandet inn i litt oppdragelse. Jacob, som sitter tvers overfor Lilly ved bordet, har hatt et slag og er derfor delvis lammet på den ene siden av ansiktet. Dette resulterer i at ikke all maten havner der den skal. Han spiser fornuftig nok med smekke som han har knyttet rundt halsen. Ved én anledning hadde det falt ganske mye mat ned på smekken hans. Lilly vil gjerne gjøre ham oppmerksom på dette på en diskret måte. Hun begynner ”*Jacob, det er noe, du har noe, det har falt ned litt mat på andre avsats*”. Hennes forsøk på diskresjon ender tvert i mot med at de av oss som sitter i nærheten, knekker sammen av latter. Ord som smekke ble ikke uttalt, men ble heller referert til som noe som har flere avsats eller nivåer, ettersom smekken ligger i bølger nedover brystet til Jacob. Det må sies at Jacob også var meget opptatt av hvordan han tok seg ut. Han kom pent antrukket med skjorte til hvert måltid. Lilly ville derfor ikke gjøre ham forlegen ved å påpeke at han hadde sølt mat, samtidig som hun ville gjøre ham oppmerksom på det slik at han slapp å sitte der med mat på brystet. Hun bruker ord og uttrykk som er kjent for begge, samtidig som hun gjør ham oppmerksom på matsølet på en måte de begge er komfortable med. Dette vitner om at de har mange felles referansepunkter, både språkmessig, men også klassemessig. De deler en felles klassebakgrunn, som kommer til uttrykk i hvordan de bruker språket. De deler de samme metaforer og metonymier (Lakoff and Johnson 1980). Dette virker identitetsforsterkende, og bekrefter at de tilhører samme gruppe beboere på sykehjemmet. Små detaljer som hvordan språket brukes, hvilke klær de har på seg, det at de alle spiser den samme maten med kniv og gaffel kan fungere som klassemarkører. De behersker de samme sosiale kodene.

Hverdag

Forskjellene mellom beboerne kommer også tydelig fram under måltidene. Av og til er det imidlertid mye bråk rundt bordet. En morgen jeg kommer, forteller Else at ”*under middagen i går, var det et slik bråk at jeg ba om å bli trillet ut. Det var simpelthen uutholdelig*”. ”Ja, nå skal jeg ringe sykehjemsetaten igjen”, repliserer Lilly, ”*tror du de er på plass i dag? Jeg skal ringe og si i fra*”, henvendt til meg. Det er tydelig at de ikke vil bli assosiert med den type oppførsel, og at det er viktig for dem å vise en klar avstand. Disse to damene viser med dette også meget bestemt at de vil ha medbestemmelsesrett over

eget liv på sykehjemmet, samt at det må være visse regler for oppførsel. Er det for mange som roper, protesterer Else ved å ville forlate middagsbordet, mens Lilly er mer offensiv og vil ringe sykehjemsetaten og klage. Lilly er meget indignert over at sykehjemmet blander mentalt syke med dem som er klare eller ikke lider av demens. Hun mener at flere av beboerne burde ha vært på psykiatriske behandlingssteder, og ikke blandet her med *"oss som er somatisk syke"*. Med det mener hun blant annet alle som sitter rundt hennes bord som kun har skadet seg fysisk, og av den grunn må bo på sykehjem. Med bråk mener damene de som roper høyt, uten tilsynelatende noen grunn. Lilly er også bekymret for en annen dame, Mille, som bor vegg i vegg med en av de såkalte roperne. *"Stakkars, hun må jo være helt utkjørt. Men, jeg har fortalt henne at jeg skal ringe"*. Lilly viser at hun tar ansvar, ikke bare for seg selv, men for flere av beboerne på sykehjemmet, ved å ringe sykehjemsetaten og klage på forholdene. Dette var et tema som stadig kom opp, nemlig at demenssyke og somatisk syke mennesker bodde om hverandre på samme avdeling. Flere ønsket seg rene avdelinger for demente, og for de som bare hadde nedsatte fysiske evner. Dette ble påpekt overfor meg nærmest daglig. Det var riktignok en egen dementavdeling på sykehjemmet der de som var mest demente bodde, men det var også flere demente på den avdelingen der jeg gjorde feltarbeid. I utgangspunktet var nok denne avdelingen ment for somatisk syke, men så vidt jeg forsto, lot ikke dette seg gjennomføre av praktiske og økonomiske hensyn. Som en slags kompensasjon ble de som var mentalt friske samlet ved samme bord. Men med tanke på at folk kan ha varierende grad av demens, var det ikke mulig å følge denne regelen absolutt. De dementes forskjellige utbrudd i fellesrommet ble som regel møtt med hoderisting og oppgitte uttrykk av de andre.

En morgen er det merkbart mer uro i frokostrommet. Rigmor som sitter ved bordet bak oss sier gjentatte ganger *"hallo hallo"* med høy stemme. Den ene pleieren som er tilstede, ser ut til å ignorere henne i omtrent 10 minutter til hun er ferdig med å smøre brødsiver. Da går hun bort til henne og triller Rigmor ut til rommet sitt. Samtidig begynner Anna ved bordet ved vinduet å be om oppmerksomhet. Rett etterpå triller Gunnar og Karl ut selv. Det ser ut som om de deltar i en langsom rullestol parade. Anna begynner så og si det samme monotone *"hallo hallo"* som Rigmor akkurat gjorde. Pleieren er fremdeles ute med Rigmor, slik at Anna må vente. Det viser seg at hun bare vil ha kaffe, noe jeg kan hjelpe henne med. Da vil Torbjørg også ha mer kaffe, og det blir

mer *"hallo hallo"*. I det jeg skjenker til henne, sier Torbjørn *"jeg forstår ikke dette systemet her"*. *"Ikke jeg heller"*, svarer jeg, og Torbjørn ler godt av det. *"Det er svært varierende"*, sier Anna, før de begge takker for kaffen og fortsetter frokosten sin. De fleste beboerne er på ingen måte passive til hvordan sykehjemmet blir drevet, selv om få er så eksplisitte på det som Lilly.

Ved langbordet midt i rommet sitter Rigmor, Gunhild og Solveig. Noen ganger også Karl og Lydia. Rigmor og Gunhild er såpass syke at de må mates av pleierne. Rigmor kan i tillegg være nokså urolig hvis hun ikke har selskap av en pleier. En dag hun var spesielt urolig, ble Gunhild lei av å høre på henne. *"Din drittunge, du burde skamme deg"* sa hun til Rigmor, som ikke virket å ta seg veldig nær av det. Det ender stort sett med at de trilles tilbake til rommene sine en etter en.

En dag er en av beboerne, Ester, død. Hun har bodd på hjemmet i mange år, ingen husker riktig hvor mange, men de fleste kjenner henne. Hun var en av dem som alltid satt ved TV-kroken i gangen, så flere slo av en prat med henne når de passerte. Hun sovnet inn en natt. Bisettelsen skal holdes i kapellet på sykehjemmet, noe som gjør at de av beboerne som vil delta, kan det. Jeg var ikke tilstede under dødsfallet eller dagene etterpå, men Lilly og Else gjenforteller det i detalj for meg. Da det ble klart at bisettelsen skulle foregå på hjemmet, spurte de flere av pleierne mange ganger om dag og klokkeslett for bisettelse. Ingen kan svare, men så en dag tar en av pleierne seg bryet med å undersøke, og kan opplyse om at det er kl 15 samme dag. Damene skynder seg da å gjøre seg klare, og får hjelp til å bli trillet ned. Idet de kommer inn i kapellet, er det allerede fullt. Det blir klart at bisettelsen har begynt for en halv time siden, kl 14.30. Damene er både skamfulle for å komme for sent, og ganske ergerlige på de ansatte. De synes det er en skam at verken de ansatte eller ledelsen, bryr seg med å finne ut av når bisettelsen til en dame som har hatt sykehjemmet som sitt hjem i så mange år, vil finne sted. Jeg synes også det vitner om at de eldres behov og ønsker ikke alltid tas på alvor. Når en man har delt hjem med, her i form av sykehjem, dør, vil det for mange av de eldre være naturlig å delta i bisettelsen, spesielt når denne finner sted i sykehjemmets kapell. Dette er også noe som lett lar seg gjøre, i og med at alt på sykehjemmet er tilpasset rullestolbrukere. De kan enkelt ta heisen ned til kapellet i kjelleretasjen hvis en pleier kan trille dem inn og ut av heisen, og bort de få meterne til kapellet.

Mitt inntrykk er at de eldre helst ikke bør mase alt for mye, i hvert fall ikke om noe som ligger utenfor pleiernes definerte arbeidsområde. En dag i slutten av april da været var spesielt varmt og godt, hadde jeg lovet å ta Else med ut på en trilletur før jeg dro hjem. Else fikk derimot uventet besøk av noen bekjente, slik at jeg måtte gå før jeg fikk oppfylt løftet om å ta henne med ut en tur. Før jeg gikk ga jeg imidlertid beskjed om dette til pleierne som var på pauserommet. *"Det har vi ikke tid til. Det får kveldsskifte ta seg av"*, var svaret jeg da fikk. Alle handlinger kan være rasjonelle hvis man aksepterer referansene. I forholdet pleiere og beboere tror jeg nettopp at referansene var svært ulike. Hvilken kulturell kunnskap vi bruker for å utføre våre handlinger varierer også, og vi bruker dem mer eller mindre ubevisst fordi vi ser at de fungerer. Vi gjør mye som er i tråd med forventningene til oss, selv om de ikke er optimalt rasjonelle eller omvendt. Hva som er forventet av oss i visse situasjoner, legger grunnlag for handling dersom konsekvensene ikke er for høye. Kontekst og personlig kunnskap er viktig, og basert ut i fra dette foretar vi valg. Det virket på meg som om det var en felles kultur eller enighet blant personalet på Solåsen at de i utgangspunktet jobbet mye, slik at det å utføre ekstraoppgaver slik som å trille en dame ut på tur, ikke ble prioritert. Det var også allment akseptert å si nei til dette uten videre beklagelse. De aller fleste av oss tilstreber å gjøre det beste, men spørsmålet blir heller til beste for hvem og når.

Pårørende

Etter hvert som beboerne ble kjent med hverandre, ble også flere kjent med hverandres pårørende. De ble også klar over hvem som ikke hadde mange pårørende eller fikk mye besøk. Lillys mann var nesten daglig innom, og virket å kjenne de fleste som spiste på samme stue som Lilly. Else var naturlig nok blitt godt kjent med ham, og det virket som om flere av de som satt rundt bordet satte pris på hans besøk. De som hadde ektefeller i live, fortalte ofte i positive ordlag om disse. De var på en måte en forlengelse av livet på sykehjemmet, og var ofte linken til det livet de hadde hatt før. Dette spesielt hvis ektefellen fortsatte med de aktivitetene de tidligere hadde gjort sammen. Jeg fikk blant annet inngående kjennskap til en del hytter rundt omkring, fordi ektefellene fremdeles ferierte her. Mine informanter beskrev for meg i detalj hvordan hytta så ut, hva som var blitt gjort der av arbeid og ikke minst hva de pleide å gjøre der hver gang de kom. Noen

hadde arvet familie hytter, mens andre hadde enten bygget egne eller kjøpt nye. Da våren kom og Lillys mann dro ned flere helger til kysten for å beise hytta, var flere av beboerne med i tankene hver dag. Beis, maling og vedlikehold ble diskutert, samt også diverse aktiviteter man pleide å gjøre på denne tiden av året. Da Lillys mann kom tilbake med lokale bakervarer fra det lille tettstedet ved hytta, fikk flere en følelse av å ha vært med ned dit. Ved episoder som dette fikk jeg inntrykk av at de orienterte seg ut mot verden og det livet de hadde levd der. De snakket også ofte om at de gjerne ville ta en tur på hytta bare sommeren kom. Så vidt jeg vet, ble ikke dette en realitet for noen, med unntak av en. Men ved å delta i samtalen om hva som må gjøres på hytta på denne årstiden, var de på mange måter også deltagere i livet på utsiden av sykehjemmet. De fikk også gjennom disse samtalene etablert en identitet som de hadde hatt før de ble hjelpetrengende beboere på et sykehjem.

Noen av beboerne hadde mye familie som kom på besøk, der i blant Else. Hun har to sønner, hvorav den ene har både barn og barnebarn, egne så vel som stebarn, så familien var stor. Else har også flere gamle naboer og venner som besøker henne på sykehjemmet. Gjennom hele dette store nettverket av mennesker danner jeg meg et bilde av en sjenerøs og omtenkssom dame som er godt likt. Det tok meg riktig nok litt tid å forstå hvem som var barnebarn, oldebarn, inngiftet oldebarn og barnebarn, og hvem som var naboer fra hytta og leiligheten i byen. Heldigvis gikk Else aldri lei av å fortelle om disse, slik at jeg fikk repetert det hele mange ganger. Bilder av disse og postkort fra de forskjellige bidro til å danne bildet av et helt menneske, hun fikk en identitet som noe mer enn bare en beboer på et sykehjem.

Det var derimot ikke alle som var like heldige som Else. Lydia for eksempel fikk sjelden besøk. Dette ble selvfølgelig både lagt merke til og kommentert av flere. Det ble sagt at Lydia har en datter som bor i byen, men som ikke besøker henne. Det var flere som sa at de forsto hvorfor Lydia ikke fikk besøk. *"Hun er jo så sinna, og snakker så mye stygt, banner og sånn hele tiden"*. Det at Lydia ikke fikk besøk, forsterket inntrykket om at hun var en sint og ubehagelig gammel dame.

I dette kapitlet har jeg gitt sett på hvilken relasjon beboerne har til hverandre og pleierne gjennom noen empiriske eksempler. Det er ikke gitt at man får et godt forhold

til alle man deler spisestue med, heller ikke alle man sitter ved samme bord med. Mange hadde også et noe komplekst forhold til én eller flere av pleierne. Felles for alle var at de forholdt seg til mennesker de måtte forholde seg til hver dag. Dette dreier seg ikke om frivillige, valgte relasjoner, noe som kan legge grunnlag for konflikt. Det var selvfølgelig mange som også opplevde flere positive bekjentskap som de satte stor pris på i hverdagen. Det å bo på et sykehjem, så tett med mange andre i noenlunde samme situasjon, og i tillegg må forholde seg til et utvalg av pleiere, aktivitører, fysioterapeuter og liknende, er uten tvil utfordrende.

6. Rutiner

I dette kapitlet vil jeg se på rutinene på sykehjemmet, og eventuelle brudd på disse. Rutiner generelt skaper forutsigbarhet og trygghet for mange mennesker. Det er også nødvendig når omtrent hundre mennesker er på samme sykehjem, og et stort antall faste og deltidsansatte pleiere. Det må en viss organisering til for at alt skal fungere på best mulig måte. Ved å ha faste rutiner kan også beboerne planlegge dagene sine, og de kan oppleve trygghet i dette. Hva skjer så de gangene rutinene brytes eller regler lempes på? Dette vil jeg belyse ved hjelp av noen empiriske eksempler, samt at jeg vil starte med å fortelle hvordan det foregår når en ny beboer flytter inn. Jeg vil se på denne prosessen i lys av Victor Turners (1967) teori om rites-de-passage, og med den totale institusjonen (Goffman 1961) som bakteppe. Det siste først:

"..(..)..De fleste av dagens gjøremål utøves i en stor gruppe andre mennesker, som alle behandles likt og er satt til å gjøre det samme i felleskap. (...) dagens rutiner er nøye skjemabestemt, så det ene gjøremål avløses av det andre på klokkeslettet, og denne rekkefølgen håndheves ovenfra gjennom et system av regler, og av et personale" (Goffman 1961:13 min oversettelse). Dette stemmer til en viss grad med livet på Solåsen, men ikke helt. Frokost ble servert fra kl 8 og utover. Man kunne selv, dette også til en viss grad, velge når man ville spise den. Men frokost ble alltid servert i et visst tidsrom hver dag, det samme gjaldt for andre måltider. Det var faste aktiviteter hver uke, noe man måtte, slik som å dusje, og noe som var av mer frivillig karakter, slik som høyttlesning og fellesgymnastikk. Alle felles aktiviteter ble planlagt og gjennomført av personalet, men det var ikke slik at dagen var en lang rekke av planlagte aktiviteter som avløste hverandre slik som Goffman (ibid.) legger det fram. Det var som regel egentid mellom hver aktivitet, som beboerne sto fritt til å fylle med hva de ville.

Mat

Måltider ble servert til samme tider hver dag, og de fleste spiste stort sett sammen. Til frokost kan beboerne komme når de vil eller når de er klare. Jeg la merke til at flere ikke spiste frokost før kl var 10, selv om de selv påpekte at dette var for sent. Dette resulterte også i at mange spiste dette måltidet alene.

Da jeg spurte om årsaken til at de ikke spiste før, svarte de at de ikke hadde fått hjelp til å vaske og kle på seg før. Flere kommer seg ikke ut av sengen uten hjelp, selv om de ellers kan klare morgenstellet selv. Det hendte ofte av mine informanter fortalte at de ble liggende i sengen lenge etter at de hadde våknet mens de ventet på hjelp ut av sengen, og gjerne inn på badet. Frokost bestod av brød eller knekkebrød og fremsatte påleggsfat som nattevakten hadde gjort klart. De som evnet å smøre maten selv gjorde det, og spiste selv. De sykeste fikk hjelp både til tilberedning av mat og ble også matet. Alle fikk servert brød, kaffe, juice, melk og pålegg mens de satt ved bordet. Det var bare pleierne og jeg som gikk inn i kjøkkenkroken og hentet mat og drikke. I de flestes tilfelle skyldes dette at de ikke maktet å hente ting selv på grunn av fysiske skader, men selv de som gikk uten hjelpeapparater, ble servert ved bordet. Flere av mine informanter var godt fornøyd med denne løsningen, og sa at det også var av hygieniske hensyn. Da ble det ikke så mange fingre på maten. De fleste ble etter hvert også vant til at jeg serverte drikke og mat, spesielt til frokost. Lunsj ble servert kl 1300, og var som regel en suppe, salat, omelett eller påsmurte brødskiver. Noen dager, spesielt fredager var det ofte vafler, boller eller en kake i tillegg. Middag ble servert kl 1700, og var stort sett alltid en toretters. Hvis man vil ha noe å spise etter dette, kan man be om å få en påsmurt skive eller en yoghurt. Noen tok seg også litt frukt til kvelds. Frokost var det måltidet mange var mest fornøyd med. Det var stort utvalg av pålegg, drikkeyoghurt, melk, kaffe, te og juice, grovt eller mellomgrovt brød og knekkebrød for de som ønsket det, av og til egg. En av beboerne hadde dessuten sin egen müsliblanding som han pleide å starte dagen med. Det ble også alltid skåret opp litt tomat, agurk og paprika som flere satte pris på. De aller fleste klarte å spise selv, og de som ikke klarte det ble matet av pleiere ved bordet. Det hendte også ganske ofte at en eller flere av pleierne satte seg ned ved frokostbordet for å spise litt eller bare slå av en prat.

Aktiviteter

To dager i uken er det trim i den store kjøkkenstuen, som ledes av fysioterapeuten. Her deltok det mellom 10 og 14 hver gang. Trimmen begynte som regel kl 11.30, slik at alle skulle være ferdige med frokost først. Bordene ble flyttet inn til veggen og stolene satt i en ring i midten. Det var stort sett de samme øvelsene hver gang, slik at det var lett for alle å delta. Trimmen ble alltid avsluttet med en ballonglek, som gikk ut på at

fysioterapeuten kastet en ballong til hver enkelt, som så slo den tilbake til henne. Dette skapte ofte mye latter og glede. Det er også høytlesning nede i aktivitetsrommet i 0 etasje to ganger i løpet av en uke. Alle som vil være med sitter da sammen rundt et stort bord der, mens en av aktivitørene leser høyt. Som regel er det andakt med en prest én gang i uken. Dette foregår av og til nede i kapellet i kjelleren eller i aktivitetsrommet i 0 etasjen. Andaktene er en felles aktivitet for alle avdelingene på sykehjemmet. En gang i uken spiser de som er friskest, frokost nede i aktivitetsrommet sammen med de de kaller frokostklubben. Frokostklubben blir arrangert av en aktivitør som tidligere jobbet på det gamle dagsenteret, og som flere av beboerne kjenner fra før. Tanken bak frokostklubben er at de vil forsøke å skape en hjemlig atmosfære, det skal minne om en søndagsfrokost. Her blir det alltid servert bløtkokt egg og sild, samt et godt utvalg av pålegg. Til jul har de julemat, og til sommeren friske bær og liknende. Frokostklubben er helt klart et av ukens høydepunkter for flere. Jeg deltok på alle disse aktivitetene. Aktivitetsrommet nede er innredet med mange gamle gjenstander, bilder og bøker. Her er det også flere grønne planter, og et lite tilstøtende kjøkken.

Under høytlesningen i februar er det "Barndommens rike" av Johan Borgen som leses. Else og Lilly forteller meg hva som har skjedd i boken hittil, og hvor gøy de synes det er å høre Borgens beskrivelse av Oslo, eller Christiania som det het da, for ca hundre år siden. De dagene det er høytlesning, begynner de allerede under frokosten å diskutere boken, og hvor langt de nå er kommet. De er også enige at aktivitøren som leser høyt for dem, er særdeles god til å lese. Jacob sier seg enig i dette, og ser også fram til høytlesningen. Så en dag blir høytlesningen avlyst, aktivitøren er syk og kan ikke komme til sykehjemmet. Dette til stor skuffelse for alle. Dagen blir mye lenger når det ikke er noen aktiviteter, og de fleste var dessuten innstilt på å gå ned i aktivitetsstuen. Noen av beboerne går da noen ekstra runder i korridoren etter frokost, før de fleste trekker seg tilbake til rommene sine for å lese avisen og høre på radio.

Organisering

Sykehjemmet er avhengig av struktur for at alle oppgaver skal bli utført på en tilfredsstillende måte. De ansatte er hierarkisk inndelt, med en leder for hele sykehjemmet, en assisterende leder, en lege og så en leder for hver av de tre

avdelingene, og under dem igjen sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglært hjelp. Det er bare sykepleierne som kan dele ut medisiner som legen har forskrevet, men jeg så at hjelpepleierne også hjalp til med dette. Ved noen anledninger fikk også beboerne feil medisiner, uten at jeg vet hvem som delte dem ut da. De eldre som var klare, oppdaget av og til feilen, men da hadde gjerne en annen allerede fått vedkommendes medisin. Dette gikk bra, så vidt jeg vet. Det er også sykepleierne som skal stelle sår, mens hjelpepleierne kan skifte plaster eller bandasjer og liknende. Noen var bedre skikket enn andre til dette i følge noen av mine informanter. De baserte sin vurdering ut fra håndlaget til pleierne. Et par av informantene mine klagde for eksempel over hardhendt behandling av noen av pleierne når sår skulle stelles, og plaster og bandasjer skiftes. Flere av de eldre tok medisiner som gjordet at blodet ble tynnere, som igjen førte igjen til at det tok lenger tid for et sår å gro. Når man blir eldre blir ofte huden tynnere, og det skal mindre til for å få sår. En av damene hadde derfor gjentatte sår som måtte pleies, og fikk dermed bred erfaring med de forskjellige pleiernes håndlag. Både de eldre og jeg opplevde ulik grad av engasjement og interesse for jobben som pleier på et sykehjem blant dem som jobbet der. Noen ga klart uttrykk for at de var der i en mellomfase i livet sitt, mens andre var oppriktig interessert i arbeidet på sykehjemmet, og ville bruke livet sitt på å hjelpe eldre pleietrengende mennesker. Så vidt jeg forsto på ledelsen, var det i tillegg til ressursmangler, også vanskelig å få tak i kompetent personale. Noen virket veldig dyktige i sin behandling av de eldre, uavhengig av om de var utdannet innen pleieryrket eller ikke. Andre var ikke like ivrige i jobben sin, og jeg så blant annet at en av de ansatte med jevne mellomrom satt i en massasjestol som sto i en av korridorene. Denne stolen er beregnet på de eldre, mens den nevnte pleieren var titt og ofte å finne her, uansett om folk ropte fra rommene sine eller ei. Hvis noen av de ansatte var syke, ble det ikke nødvendigvis tilkalt vikarer. Da måtte de som var igjen på jobb dekke arbeidet til den som var borte. Dette ble lagt merke til av beboerne. Flere klaget gjentatte ganger at det var for få folk på jobb.

Et sykehjemsliv er som en ritual fattig rites-de-passage. Man er som sagt på mange måter i en liminalfase (Turner 1967) i det man blir beboer på et sykehjem. Man er ikke lenger en voksen som bidrar til samfunnet gjennom arbeid, men man er fortsatt i live, og trenger hjelp for å dekke de daglige behov. De blir strippet for sine tidligere roller og status. Denne liminalfasen er i midlertidig statisk, og ikke prosessuell (de Certeau 1984).

Mange synes det er ille at de ikke lenger gjør nytte for seg, og synes det kan være vanskelig å definere sin nye rolle. I motsetning til andre tydelige rites-de-passage ritualer i Norge, slik som for eksempel konfirmasjon eller ekteskap, er det ingen eller liten markering når en ny beboer flytter inn på hjemmet. Det er ingen som annonserer at han eller hun flytter inn, det er ingen blomster, gaver eller kaker. De fleste flytter inn i stillhet med hjelp av som regel et eller flere familiemedlemmer. Jeg opplevde ved noen anledninger at rom som sto tomme ble ommøblert, et fikk nye gardiner, mens et annet en kommode og stol. Noen av de ansatte engasjerte seg for å skape et hyggelig førsteinntrykk til den nye beboerne som skulle flytte inn. I det noen døde, hendte det at noen av de personlige eiendelene, slik som for eksempel en tv eller et bilde, ble donert av de pårørende til sykehjemmet. Noen av møblene på avdødes rom ble også av og til flyttet inn på rommet til en annen beboer. Dette hvis møbelet tilhørte sykehjemmet selvsagt. For å få plass på et sykehjem, må en av de som allerede bor der, dø først. Det er svært sjelden at en beboer flytter ut derfra. Det går som regel to-tre dager fra en dør, til en ny beboer kommer inn.

De fleste på sykehjemmet vet at når noen dør, kommer det en ny beboer inn. Jeg spurte noen ganger om personalet hadde kunnskap om hvem som skulle komme når et rom var klart, men det var det ofte ingen som hadde. Noen ganger visste de for eksempel at det kom en dame, men det kunne være alt de visste. De fleste kommer med en helsejournal, men den beskriver bare den medisinske tilstanden, ingenting om selve personen. Det ble alltid kommentert av flere av mine informanter når en ny beboer flyttet inn. Det var alltid knyttet en viss spenning til dette, er det en de kan snakke med for eksempel? Dersom beboeren viste seg å være preget av demens, skapte dette en viss skuffelse hos enkelte. Lilly og Else tok seg ofte også bryet med å ønske vedkommende velkommen, samt presentere seg selv.

Når man flytter inn på sykehjem skal man få dekket alle sine daglige behov, det gjelder også vask av rommene og fellesareal. Hygiene er viktig på et sykehjem, fordi flere av de eldre kan ha nedsatt immunforsvar og bli alvorlig syke av infeksjoner og smitte. Jeg opplevde dessverre ukentlig at rommene ikke ble vasket ordentlig. Saft som var sølt på gulvet ble liggende som en klissete flekk i flere uker, og under sengene var det fullt av støv og skitt. Vasken på badet ble knapt nok vasket, og flere reagerte på dette. Noen av

de pårørende kom derfor inn og vasket rommene grundig ned, både gulv, vegger og vinduer. Flere av dem jeg snakket med synes det var ille at det ikke ble vasket ordentlig der hver dag. En av beboerne som var sterkt preget av demens, hadde store problemer med hygien. Hun tok konsekvent av seg bleiene personalet ga henne, og kastet de rundt omkring på rommet sitt. Det luktet sterkt urin inne på rommet til denne damen. Da hun døde utpå våren, ble værelset hennes rengjort til en ny pasient. Jeg var inne der kun en time før den nye pasienten skulle ankomme, og da luktet det fremdeles sterkt av urin på badet. Etter litt om og men, fikk jeg tak i vaskehjelpen, og ba vedkommende vaske en gang til der, gjerne med litt sterkere vaskemidler, slik som klorin. Vaskehjelpen gjorde så dette, samtidig som hun betrodde meg at de egentlig ikke fikk vaske toalettene eller badet med så sterke rengjøringsprodukter. Lilly som bodde vegg i vegg, var forferdet over at ledelsen på sykehjemmet hadde tenkt at den nye damen skulle flytte rett inn, uten at badet var ordentlig rengjort først.

Vaner

Livet på et sykehjem er ikke statisk, nye vaner blir til, samtidig som mønstre blir opprettholdt. Jeg la merke til at fortiden veldig ofte var med i samtalene jeg hadde med beboerne, og også dem imellom. I noen tilfeller la den et premiss for hvordan ting ble gjort på sykehjemmet, og hva som var allment akseptert. Idet en flytter inn på et sykehjem, er det nye rutiner, lukter, lyder og mennesker man skal venne seg til. Noe går lettere enn annet. Jeg la merke til at lyder som forskrekket meg, slik som konstante rop om hjelp fra rommene eller det mer monotone "hallo", ikke lot til å plage beboerne i like stor grad. Mens jeg i begynnelsen gikk inn på alle rom hvor det ble ropt hallo eller hjelp, lot ikke beboerne eller pleierne, for den saks skyld, seg affisere i større grad. Etter hvert vente jeg meg også til disse lydene. Det var imidlertid noen lyder og lukter det var vanskeligere å venne seg til, både for beboere og meg selv. Det var den høye ropingen fra noen av de mest demente beboere, og lukt av urin og oppkast som man til tider kunne kjenne i korridorene.

Hvis beboerne vil ha noe utenom det vanlige, må de selv be om det, og gjerne flere ganger. Else hadde en periode en vond tå som hun klaget over. Hun ba flere av pleierne se på den, uten at noen tiltak ble satt i gang. En dag vi var nede i kafeteriaen, spurte hun

meg om jeg kunne trille henne inn til fotpleieren, slik at hun fikk ta en titt på den vonde tåen hennes. Fotpleieren hadde heldigvis fem minutter ledig da vi kom, slik at hun fikk sett på tåen til Else. Jeg ventet i det tilstøtende rommet som er frisørsalongen.

Frisørdamen er en livlig og engasjert dame, som tydelig synes det er hyggelig at jeg er der. Hun fortalte meg om en av damene på post to som aldri er ute av rommet sitt, men som setter stor pris på besøk. Hun tilbringer mesteparten av tiden i sengen, men er allikevel opptatt av for eksempel å lakke neglene sine. Jeg avtaler at jeg skal bli med frisørdamen innom denne damen neste dag. Så er Else ferdig hos fotpleieren, og vi tar heisen opp igjen. Hun forteller meg at det var en betennelse i tåen, rundt neglen. Dette kunne fotpleieren heldigvis hjelpe henne med, noe hun er takknemlig for, samtidig som hun er litt indignert over at ingen av pleierne har oppdaget det før. Hun har i hvert fall hatt vondt i to uker.

Hendelser

I løpet av det halvåret jeg tilbrakte på sykehjemmet, var det flere enkeltstående hendelser som skilte seg ut fra den daglige rutinen. I slutten av februar ble sykehjemmet stengt for besøkende i over en uke på grunn av et utbrudd av Noro virus. Dette er et virus som fører til oppkast og diaré, og er svært smittsomt. For eldre med nedsatt helse kan det i tillegg være farlig, i verste fall dødelig, slik at alle beboerne ble isolert på rommene sine i et forsøk på å stoppe smitten. Jeg får etter noen dager lov til å besøke en av beboerne, Else, som ikke er blitt syk. Jeg får ikke gå helt inn på rommet, men må stå i døråpningen. Hun har tatt på seg tykk genser, og sitter med vinduet på vidt gap, frisk luft er viktig. Jeg har tatt med dagens avis til henne, dagen er ikke helt den samme uten synes hun. Hun har kun vært på rommet sitt de siste dagene, hun husker ikke nøyaktig hvor lenge. Flere dager senere er sykehuset fremdeles stengt, men jeg får igjen besøke Else som fremdeles er frisk, men isolert. Hun har fått servert frokost på rommet, og jeg holder henne med selskap. Hun bruker lang tid på frokosten, vil nyte selskapet. Hun har nå sitte alene på rommet i en uke, og synes det er *”uendelig kjedelig, og får ikke snakket noe særlig”*. De timene jeg tilbringer på rommet hennes under isolasjonen, får jeg vite mye om hennes tidligere liv. Hun forteller om sin avdøde manns jobb og virke, og om hvordan dette påvirket matvanene deres hjemme som familie. Mannen var i kjøttbransjen, slik at det var mye *”godt kjøtt i den familien”*. Han var dessuten svært

opptatt av hygiene, noen han tok med seg til sin egen familie. Han jobbet ofte sent, slik at Else spiste middag med barna, mens han fikk mat senere når han kom hjem.

Else forteller om en gang hun og en venninne var på båttur til Belgia, for over 60 år siden. De var invitert til å spise i offisersmessen, noen som var stor stas. Dessverre ble Else sjøsyk, slik at hun måtte tilbringe reisen alene i lugaren. Else forteller detaljert om turen til Belgia, og mennesker de traff under reisen. Hun mimrer også tilbake til sitt eget bryllup, og den påfølgende middagen som ble holdt hjemme hos svigermor. Hun danner et levende bilde av hvordan byen så ut den gangen, og hva de spiste til fest. Det er tydelig at isolasjonen på sykehjemmet har satt i gang minner, og ikke minst skapt et sterkt behov for å dele dem. Familien er en viktig del av livet, og minnene. Hun forteller inngående om barn, nieser og nevøer, svigerbarn, tidligere svigerbarn, barnebarn og oldebarn. Det har vært et par skillsmisser i familien, noe som har skapt litt konflikter, ellers tegner hun et bilde av en harmonisk familie som har tilbrakt mye tid sammen, og som besøker henne mye.

Sammenfallende med utbruddet av Noro-viruset, var det også verdensmesterskap i ski fra Holmenkollen. Aktivitetsstuen nede ble pyntet med gammeldagse skieffekter som tre-ski, fiskekjelke, hjemmestrikkete Mariusgensere og liknende. Det ble også satt opp en storskjerm som viste skiløpene og ikke minst skihopp hver dag. I det tilstøtende kjøkkenet ble det kokt wienerpølser og stekt vafler til alle som ville ha. Varm saft og kaffe ble også servert. Alt dette var gjort klart, men så ble altså sykehjemmet stengt for å hindre smittefare. Da beboerne endelig slapp ut av rommene sine, var det noen dager igjen av ski-vm, og aktivitetsrommet ble fylt opp av eldre som ville se. Mange har vært i Holmenkollen selv flere ganger ved tidligere konkurranser og arrangementer. Den ene dagen vi var nede i aktivitetsrommet og så på, var det kombinert hopp i Midtstuebakken. *"Det pleide man ikke før,"* sier Else, til nikk fra Helge og en annen beboer fra en av de ande etasjene. Det er kanskje ti stykker som sitter og ser sammen denne dagen. For hver gang en ny blir trillet inn og satt på første rad, oppstår det litt klaging fra de bak om at de ikke lenger ser skjermen. Aktivitøren er raskt på plass og justerer rullestoler og stoler slik at alle ser. De aller fleste takker også ja til pølser og vafler. Det var heller ikke alle som tok seg bryet med å se VM nede i aktivitetsstuen. Mange ble sittende oppe på avdelingen sin, og enten se det på fellestv-en i gangen eller på rommene sine, ofte med

døren åpen og volumet høyt på. Da de som hadde sett på nede kom opp til lunsj, var de allerede mette etter servering der, og avsto fra den faste lunsjserveringen oppe. De som hadde valgt å bli igjen på avdelingen fikk sin lunsj, men deltagelsen rundt bordet var da ganske redusert.

Det var kjøpt inn store mengder med pølser, slik at det skulle være nok til å servere hver dag under ski-VM. Da det sosiale arrangementet ble veldig forkortet på grunn av viruset, resulterte dette i at det ble servert pølser til lunsj i lang tid etterpå. Flere av beboerne uttrykte da sin misnøye over å få så mye pølser.

Jeg har i dette kapitlet sett på hvordan rutiner på et sykehjem er, hvor viktig det er at de følges, og noen av konsekvensene av brudd på rutiner. Rutiner gjør livet forutsigbart, og beboerne kan dermed planlegge dagene sine, og dem innhold og mening.

7. Kropp

I dette kapittelet vil jeg begynne med å si litt mer om fokuset på kropp i antropologien, for så å knytte kropp til helse. Jeg vil deretter vise hvordan kropp og helse har betydning for hverdagen til mine informanter, samt hvordan dette snakkes om, og hvilke praksiser som eksisterer på sykehjemmet. Jeg vil også fortelle litt om noen av beboernes forhold til sykdom, sin egen og andres. Trim og mosjon er også noe som opptar beboerne, det samme er tap av kroppsfunksjoner. Dette vil også bli omtalt i dette kapittelet.

Kroppen gjør det mulig å ha relasjoner til andre, men den markerer også grensene i mellom oss. Csordas (1999) så på kroppen som et medium for kommunikasjon, og bruker også begrepet *embodiment*. Han så på sammenhengen mellom kunnskap, erfaring og kroppslige uttrykksformer. Noe liknende finner vi hos Bourdieu og hans habitusbegrep om kroppslige disposisjoner (Bourdieu 1977). Mary Douglas konstruerer to konsepter av kroppen på 1960-tallet, nemlig den sosiale og den fysiske kroppen. Hun viser hvordan sosiale systemer er i relasjon med den fysiske kroppen, og er opptatt av forholdet mellom selvet og samfunnet (Douglas 1973). Blacking er også opptatt av kroppens forhold mellom det biologiske og kulturelle, og lagde fire ulike premisser for at kroppen skal kunne studeres. Kroppen ble på dette tidspunktet anerkjent som et teoretisk aktivt felt innenfor antropologien. Blacking er også opptatt av forholdet mellom sinnet og kroppen, og mellom det biologiske og kulturelle (Csordas 1999). Så kom Sheper-Hughes og Lock (1987) og introduserte de tre kroppene. Først den individuelle kroppen, med referanse til det levde livet kroppen har hatt. Nummer to er den sosiale kroppen konstituert av hvordan kroppen er blitt brukt som symbol på natur, samfunn og kultur. Til slutt introduserte de den tredje kroppen som har med regulering og kontroll av kroppen (Sheper-Hughes & Lock 1987). Merleau-Ponty (1945) er en av dem som spesielt åpner opp for at kroppen kan studeres som et subjekt.

I Vesten er det å bli gammel uløselig knyttet til reduksjon av kroppslige funksjoner, og dermed også tap av status, selvstendighet og autonomi (Kofod 2008). Man sier ofte at kroppen forfaller jo eldre den blir. Når man fyller 70 år i Norge, og har nådd pensjonsalder hvis man jobber i staten, må man for eksempel ha en legeattest for å få lov til å fornye sertifikatet for å kjøre bil. Dette bidrar til den offentlige oppfatningen om at

man er gammel når man når pensjonsalder, og fyller 70 år, men ikke er tilfelle for mange av dagens 70-åringene. Hvis man som gammel i tillegg mister en eller flere kroppsfunksjoner, det at man for eksempel skader seg slik at man ikke lenger kan gå, bygger opp under stigma om at en gammel kropp ikke lenger er like mye verdt som en yngre. Når høy alder i utgangspunktet er forbundet med mangel på mobilitet, blir tapet av mobilitet en forsterkende faktor på å se eldre som hjelpeløse og avhengige (Kofod 2008). Det å bli gammel er uløselig knyttet til sykdom i Vesten (Lock 1993), og da spesielt i Norge.

Sykdom

Kropp er også unektelig knyttet til sykdom, og sykdom er et tema de aller fleste av mine informanter på sykehjemmet var enige om at man ikke snakket om. Dette til tross for at alle bodde der på grunn av forskjellige sykdommer eller skader. Min erfaring er at sykdom likevel var en stor del av samtalen, og da en del av hverdagslivet til beboerne. En av damene, Anna, har nylig vært innlagt på sykehus med lungebetennelse. Hun lå der i vel to uker, og Else og Lilly lurte på hvordan det gikk med henne. Så en dag var Anna tilbake, en del tynnere, men ved friskt mot. Anna ser ganske dårlig, *"derfor må hun alltid sitte med ryggen mot vinduet,"* forklarte Else meg, men hun finner alltid veien ut på røykeverandaen, også etter to ukers sykehusinnleggelse. Dette gikk ikke upåaktet hen, og minnet både Else og Lilly om en tidligere beboer som ble båret ut på verandaen slik at han kunne røyke de siste dagene av sitt liv. På denne tiden, slutten av desember og begynnelsen av januar, var det i tillegg sprengkulde. Dette skapte en viss hoderystelse.

Torbjørn, Anna og Asbjørn sitter ved samme bord ved vinduet, og spiser alle måltider sammen. Torbjørn og Anna er i tillegg også røykekamerater på verandaen utenfor spisestuen. Torbjørn kaller det å synke, og unnskylder seg hver gang hun går ut for å røyke. Det gjør ikke Anna. Hun ser ganske dårlig, men veien ut til røykeverandaen finner hun lett. Hun var som nevnt ganske så syk med lungebetennelse for en måneds tid siden, og tilbrakte en stund på sykehus. Hun ser ut til å ha kommet seg fint nå, men fortsetter å røyke. Damene påpeker hvor farlig det er å røyke, og hvor utrolig vanskelig det må være å slutte. *"Jeg røykte også i selskapssammenhenger i mine yngre år,"* forteller Lilly, *"men jeg inhalerte aldri, bare satt og puffet. På den tiden visste vi ikke hvor skadelig det var, vi*

kjøpte til og med inn sigaretter til gjestene når vi skulle ha selskap, og satte det fram på bordet". Dette ville vært utenkelig i dag, nesten på grensen til det komiske. "I dag er det ingen som gjør slikt", påpeker hun. "Å nei, man visste ikke hvor farlig det var før", sier Else. Hva som er god helse, og dermed godt for kroppen, er dermed både steds- og tidsavhengig. Mine informanter kommer alle fra en middelklasse, der selskaper i hjemmet med dertil mat og drikke, var en del av livet.

En dag forteller Lilly meg at hun har problemer med huden på leggene, det klør og svir slik at hun må opp om natten for å kjøle dem ned. Dette er til bekymring, hun har fått flere forskjellige salver, men ingen hjelper. Disse symptomene vedvarer i flere uker, før hun endelig får en time hos en spesialist på et sykehus. Hun er svært glad for det, og Else sier hun også gjerne skulle ha vært hos en spesialist, hun har nemlig noen sår som ikke vil gro.

Dagen kommer da Lilly skal på sykehus, og jeg har tilbudt meg å være med som følge. Lilly har skadet hoften, slik at hun ikke kan gå uten hjelp. Til sykehuset tar vi en spesialdrosje, en slik man kan trille rullestolen rett inn i. Lilly er svært fornøyd med dette, og forteller hvor vanskelig det kan være for henne å sette seg inn i en vanlig lav bil. Da må hun ut av stolen, for så å huke seg ned i bilen på ben som ikke alltid holder. Det er en av fordelene ved å bo på sykehjem at alt er tilpasset rullestol- og rullatorbrukere, til og med drosjene som henter dem når de skal på sykehus eller andre steder. Vel framme på sykehuset og inne på legekantoret, blir Lilly bedt om å kle av seg bukser, sko og strømper før hun legger seg opp på undersøkelsesbenken. Jeg har blitt med inn til legen etter Lillys ønske, og nå ser hun oppgitt på meg. Hvordan i alle dager skal hun klare det? Jeg tilbyr meg å hjelpe, og tilslutt ligger hun på benken uten sko og bukser. Legen på sin side sitter passiv og ser på til Lilly er på plass. Vel hjemme på sykehjemmet forteller Lilly forferdet til de andre ved middagsbordet om hvordan legen bare satt der, uten å gjøre det minste forsøk på å hjelpe henne opp på benken. *"Tenk om ikke du hadde vært med"* sier hun henvendt til meg, *"da hadde jeg vært helt hjelpeløs. Hvordan kunne den unge legen bare sitte der uten å hjelpe til, det var jo svært tungt for deg å løfte meg opp på benken alene"*. Lilly er klar over sine egne fysiske begrensninger, og om hvor heldig hun er på sykehjemmet der hun får hjelp til slike praktiske ting. Denne historien skaper dermed litt engstelse hos Else, som akkurat har bedt om å få en

time selv hos en ekstern spesialist. ”*Tror du at du har anledning til å bli med meg også*”, spør hun meg engstelig, ”*jeg klarer meg jo ikke selv hos legen, tenk om jeg også må kle av meg og legge meg på en benk*”. Iveren etter å få undersøkt sårene av en spesialist virker nå å ha blitt blandet med engstelse for fysiske hindringer. Kroppen fungerer ikke lenger slik den gjorde før, og nå ser hun også faren for at den legen hun skal møte kanskje ikke vil hjelpe henne med alt hun trenger. Dette er et nytt aspekt som hun ikke ville ha tenkt på av seg selv. For Else og Lilly, og flere av de andre rundt bordet, er det uhørt at man ikke hjelper et eldre menneske som har fysiske begrensninger.

For mange av beboerne på sykehjemmet, var det risikofylt å skulle gå for egen maskin. Mange var engstelig for å falle, og dermed kanskje bli sengeliggende. Mobilitet, og evnen til å gå er for mange eldre mennesker svært redusert. Idet denne evnen reduseres, mister mange også mye av sin autonomi og blir avhengig av andre. Uten mobilitet reduseres uavhengigheten og privilegiene til å foreta valg. Man kan for eksempel ikke besøke slektinger uten hjelp, handle eller bare gå en tur. Det å kunne gå er også knyttet til biologisk overlevelse, voksne mennesker må jobbe, bygge hus, søke maker og vennskap og ikke minst skaffe mat og lage den. Ved tap av denne evnen blir man igjen som et lite barn som er avhengig av andre for overlevelse. Mange av de eldre på sykehjemmet ble også behandlet, og snakket til, som om de var små barn. De eldre er ikke lenger produktive, tjener ikke lenger penger, har begrenset makt og mottar pensjon fra staten. Sammenlikningen mellom barndom og eldre er vanlig i den vestlige verden (Shield & Aronsen 2003), og avslører liminaliteten av avhengighet i disse stadiene i livet. Livet er et kontinuum, men likevel har vi en tendens til å polarisere og sammenlikne disse to stadiene av livet, begynnelsen og slutten. Det eneste som er noenlunde likt er vel avhengigheten av hjelp til dagligdagse gjøremål. Barn blir naturlig hjulpet av sine foreldre eller forsørgere, mens mange eldre får hjelp av ansatte på sykehjem eller hjemmepleie. Når vi hjelper barn, vet vi at dette er en midlertidig fase, de vil snart bli store og klare seg selv. De vil også med tid og stunder bli viktige bidragsytere til samfunnet. Med de eldre er det annerledes. De befinner seg i siste fase i livet, og man forventer at de skal være takknemlige og tålmodige for den hjelp de mottar. De eldre appellerer heller ikke til oss på samme måte som babyer eller små barn gjør. Små barn og babyer blir ofte karakterisert som søte og rene, vi gleder oss over alle fremskritt et lite barn gjør eller blir glade over et smil fra en baby.

De eldre befinner seg derimot i liminalfasen mellom voksenliv og døden. De er ikke lenger produktive, de har ikke lenger den samme status eller identitet i samfunnet, og mange er dessuten kronisk syke. De mangler ofte kontroll over eget liv, og da gjerne på grunn av manglende kontroll over egen kropp. Veldig mange av oss vet heller ikke hvordan vi skal forholde oss til kronisk syke mennesker. Er de friske eller syke? Hvordan skal vi behandle dem? Skal vi fokusere på sykdommen eller late som ingenting? Idet man blir akutt syk, får man som regel en del oppmerksomhet fra venner og familie. Når denne sykdommen går over i noe mer langvarig, og permanent tilstand, avtar derimot oppmerksomheten man tidligere fikk. Dette gjelder for flere av beboerne på sykehjemmet. De som opplevde å falle og slå seg, slik at de måtte på sykehus og senere på sykehjem, faller ofte inn i denne gruppen mennesker. Fra å klare seg selv hjemme med en velfungerende kropp, er de nå permanent avhengig av andres hjelp for å overleve. Etter at de har tilbrakt en tid på sykehus, deretter ofte på en korttidsavdeling på et sykehjem, får de aller fleste tilbud om fast plass på et sykehjem. Dette gjaldt flere av mine informanter, deriblant Lilly og Else. De var derimot enige om at de generelt var ved god helse, til tross for manglende mobilitet.

Helse

Hvordan man får og opprettholder god helse er også det snakkes det også mye om rundt bordet. Alle er enige i at sunn mat er veldig viktig. Med sunn mat mener de ikke for mye sukker og fett, men det de kaller *"alminnelig mat"*. Jeg spør hva de ser for seg at dette er, for eksempel til frokost, og da svarer de grovt brød, ost, skinke, men ikke for mye smør. De vil også gjerne ha litt grønnsaker til, slik som tomater, agurk og paprika. I helgen vil de i tillegg ha egg og sild. De drikker en drikeyoghurt som heter Biola hver dag, som de er enige om er både sunn og god. Noe av middagen de får her, slik som pasta, er de derimot ikke begeistret for. De ønsker seg mer fisk, og sunn god mat. Det er ofte en kakebit, eller annen dessert etter middag, og noen ganger etter lunsj. Jeg legger merke til at Lilly ofte ikke spiser dette. *"Jeg må passe vekten"*, sier hun, *"Jeg har ikke lyst til å legge på meg. I går ble jeg veid, og da hadde jeg gått ned to kilo, det er jeg svært fornøyd med"*. Kropp er viktig for flere av beboerne, og da ikke bare i helseøyemed. Mange bryr seg om hvordan de ser ut, de vil ikke legge på seg eller bli for tynne for den saks skyld. Dette

snakkes det ofte om i forhold til om klærne fremdeles passer. Hvis de legger på seg eller blir veldig tynne, er det ingen lett sak å skaffe nye klær. De er avhengig av pårørende som kan handle for dem. Det har altså et rent praktisk aspekt i tillegg til det visuelle og helsemessige.

Forskjeller fra deres barndom og oppvekst, og hvordan barn i dag har det, blir også diskutert, da gjerne med henblikk på matvaner. Liv synes det er skammelig at barn i dag blir veid, samtidig som det må være noe galt med kosten siden det skal være nødvendig. Idealet med en slank kropp har tradisjonelt vært et vestlig, moderne fenomen, men som nå også brer om seg til andre verdensdeler (Ingstad 2007). Slankeprogrammer, slankemetode, slankepill og riktig mat er en stor industri i vårt samfunn, og noe mediene daglig skriver om. Dette påvirker selvfølgelig mange deler av befolkningen, og også den eldre som bor på sykehjem. Lilly forteller at de hjemme, før hun kom på sykehjem, har sluttet med poteter, i tråd med lavkarbodietten⁸.

Vestens kroppsideal om en slank kvinnekropp er i stor grad påvirket av kapitalkrefter og deres maktspill. Dette kan selvfølgelig være en noe enkel forklaring. Noen hevder at man også må se disse idealene ut fra komplekse kulturelle sammenhenger og endringsprosesser (Ingstad 2007). I dag har vi tilgang til all den mat vi ønsker i Norge, og kroppsfett er ikke noe mål på velstand, fordi det er tilgjengelig for alle. Slik har det ikke alltid vært, og flere av beboerne fortalte mye om situasjonen under andre verdenskrig, og da spesielt om mattilgangen på den tiden. *"Da de tyske soldatene kom til Norge, spiste de sjokolade med smør på", forteller Lilly, "de trengte fett etter flere år med rasjonering i Tyskland: Flere av dem kunne til og med slutte med briller etter at de kom hit. Fett er bra for synet vet du".* Fett og mat var en mangelvare under andre verdenskrig, og tema som slanking og lavkarbodietter var dermed fraværende. Flere av mine informanter opplevde og husker krigen, og fortalte at det var rasjonering på mat. De spiste det de fikk, selv om det ikke alltid var det de ønsket seg. Frukt og søtsaker som sjokolade var mangelvare for de fleste, og ble dermed høyt verdsatt.

⁸ Lavkarbodietten kjennetegnes av et kosthold bestående av mye fett og proteiner, og lite karbohydrater, da særlig de så kalte raske karbohydratene. Denne dietten er ment til å hjelpe folk ned i vekt, men er per i dag omdiskutert av helsemessige årsaker. Det finnes utallige varianter av denne, mer eller mindre ekstreme.

Kost og matvaner er også en viktig markør når det gjelder skapelse av identitet. Hva man spiser, og hvordan man spiser, forteller mye om klassetilhørighet, og hvor man kommer fra. Mange av beboerne på sykehjemmet var opptatt av at de fulgte med på helserelaterte spørsmål som mediene tok opp. Dette viser at de holder seg oppdatert på hva som skjer i verden utenfor hjemmet, men også at de har et aktivt forhold til egen kropp og helse. Jeg la merke til at måtehold var også en ansett verdi blant mange. Ved lunsjbordet en dag spiser Oskar maten sin veldig fort. Han tar også mat på kniven og fører den til munnen. Dette kommenteres av de andre rundt bordet. Man skal for det første ikke spise så fort, øynene er ofte mer sultne enn magen, og å spise med kniv istedenfor gaffel er uhørt. Oskar forsyner seg dessuten flere ganger, og det virker som han har god appetitt. Han ble i denne situasjonen sett på som noe rar eller annerledes. Det bygde også opp under fleres oppfatning om at han var sterkere preget av demens enn først antatt, og burde derfor strengt tatt sitte ved et annet bord. Han samtaler heller ikke nevneverdig under måltidet.

Hva man spiser er også et spørsmål om hva som er tilgjengelig, hvem som lager den og hva som anses som helsemessig. Mange er i økende grad opptatt av matens "renhet", og om den bidrar til å holde folk friske eller gjøre dem syke. Under mitt feltarbeid var det et utbrudd av e-coli-bakterien i Nord-Tyskland, som tok livet av 22 mennesker. Før myndighetene fant smittekilden til utbruddet, ble det spekulert i om det blant annet stammet fra agurker. Dette fikk mange av beboere på sykehjemmet til å slutte å spise agurk, selv om de agurkene sykehjemmet brukte på den tiden var norske. Frykt er også med på å bestemme hva vi spiser. Mat defineres enten som sunn eller usunn, og blir på den måten bærer av mening, god eller ikke god mat, og kan også si noe om relasjonen til den som spiser maten og den som lager den.

Mosjon

Fysisk aktivitet er også noe de eldre forfekter for å opprettholde god helse. De fleste går turer hver dag, som regel bare inne i korridorene, men de som kan, går også ute hvis været tillater det. To ganger i uken er det i tillegg en gymnastikk med en fysioterapeut. Det er en slags sirkeltrening, der alle sitter på hver sin stol rundt i ring. De vil gjerne at jeg skal være med på dette også. *"Fysisk aktivitet er bra for deg"*, påpeker Lilly. Det blir

også lagt merke til om de "faste" deltakerne er med eller ei. Hvis noen mangler, vil de fleste gjerne vite om vedkommende er syk eller om noen rett og slett har glemt å hente ham eller henne.

April: det er pyntet til påske med påskeliljer på bordene nede i kafeen. Else påpeker hvor nydelig hun synes det er pyntet der. Vi er på vei ut for å gå en runde rundt huset. Else går med prekestol, og setter enorm pris på de små turene ut i frisk luft. *"Da får jeg luftet hele kroppen,"* sier hun. Det er ikke lenge siden hun var ute for første gang siden før snøen kom i fjor. Når det er snø og kaldt, er de fleste av beboerne inne hver dag. Det var noen få som ble pakket godt inn, og trillet ut i rullestolene sine, men da alltid av pårørende. Mange synes det er vanskelig å bevege seg ute når det er snø og is, og i år har det i tillegg vært veldig kaldt, samt store mengder snø. Våren er derfor kjærkommen. Vel ute setter Else opp en voldsom fart. Hun stopper ofte opp og kommenterer trær og blomster, hvor fort løvet kommer, og de første tulipanene vi ser den våren. Det virker som om hun tar inn omgivelsene med hele kroppen, hun stopper og trekker pusten dypt ned i lungene. Frisk luft er forbundet med god helse, og noe som ikke alltid er tilgjengelig for beboerne på et sykehjem. Vinduer kan nok åpnes, men som Else påpeker *"det er ikke det samme som å få luftet hele kroppen"*. Hun forteller med begeistring hvilke turer hun gikk i fjor og de lufteturene hun har hatt i år uten meg. Det er åpenbart at turer ut er svært viktig for livskvaliteten til Else.

Kropp har også et estetisk aspekt. Damene på sykehjemmet påpeker ofte hvor pent flere er kledd. Mange av mennene ved bordet kommer i skjorte og strikkejakke eller genser til måltidene, noe som settes stor pris på av damene ved bordet. Det viser at de bryr seg om seg selv, men også at de har samme felles referanser med hensyn til hva som er oppfattet som god bordskikk. Damene har faste frisør timer ca annen hver uke. Hvis de derimot skal noe spesielt, passer de alltid på å få stelt håret sitt i forkant. Frisørsalongen ligger i grunnetasjen på sykehjemmet, slik at tilgangen er enkel. Mennene får også klippet og vasket håret sitt der, men i noe sjeldnere enn damene. En gang i uken har alle sin faste dusje dag. Da får de hjelp til å dusje hele kroppen, og håret hvis de ønsker, av en pleier. De fleste kommer ekstra friske og glade til forkost den dagen i uken de har dusjet. Det er åpenbart at vann over hele kroppen gjør godt, noe flere understreker. Alle er i tillegg nøye med å gå med rene klær. De som ikke kan passe på dette selv, får hjelp av

pleierne. Damene pynter seg ofte med smykker hver dag, og flere sminker seg før de kommer til frokost. Det lukter ofte forskjellige parfymeduftar der også. Beboerne var på ingen måte likegyldige til sitt eget utseende på sykehjemmet. De pyntet seg gjerne litt hver dag selv om det ikke var spesielle tilstelninger der eller ute av sykehjemmet. En av damene ville alltid ha pent lakkete negler, dette tiltross for at hun aldri forlot rommet sitt.

Kroppen kan også virke begrensende for flere eldre. Torbjørg er en av dem som klager over kroniske smerter. Hun har vondt i ledd og muskler, forteller hun, men hun er aldri dårligere enn at hun klarer å gå rundt på egen hånd med rullatoren sin. Det hender også at hun setter fra seg rullatoren, glemmer den og går videre uten. Hun liker å ta seg en røyk, og hver gang hun går ut på verandaen, beklager hun seg til meg og sier at hun *"skal ut å synde"*. Det er tydelig at hun ikke forbinder røyking med god helse, og føler behov for å unnskyld seg for at hun ikke klarer å slutte med dette. De andre damene i rommet er da raskt ute og forsikrer henne om at hun skal ikke beklage seg. Etter at hun har gått ut, betror de meg at *"når man er så gammel, er det ingen vits i å slutte likevel"*. De fleste av sine helseplager vil de gjerne ha leget, mens kostnadene ved for eksempel røykeslutt blir for store i forhold til hvor lenge de har igjen av livet. Utover våren blir Torbjørg dårligere og tilslutt sengeliggende. Jeg er inne hos henne og spør hvordan det går. *"Se på meg"*, sier hun, *"jeg bare ligger her, kommer meg ingen steder"*. Dette er et åpenbart nederlag, og siste fase av livet er begynt. Hun dør ikke lenge etterpå.

Det mørke

Når en av beboerne ble syk og sengeliggende, ble det alltid kommentert av mine informanter. Var det en de kjente godt, gikk de gjerne innom rommet til den sengeliggende for å se hvordan det sto til. Dersom vedkommende var blitt svært redusert, ble dette snakket om med bekymring etterpå. Det var derimot to rom, med to forskjellige beboere, mine informanter sjelden eller aldri besøkte. På det ene rommet lå det en dame med ME og/eller angst, jeg fikk aldri bekreftet denne diagnosen. Hun lå på et helt mørkt rom og tålte verken lyd, lukt eller lys. Dermed kunne hun heller ikke besøkes. Denne damen befant seg på et rom innerst i korridoren, som av flere ble omtalt

som *"det mørke rommet"*. Mange kviet seg for i det hele tatt å gå utenfor døren til denne damen. De syntes at alt var mørkt og litt guffent der.

På det andre rommet lå det en annen dame med ME. Denne damen, som også var relativt ung i forhold til resten av beboerne på Solåsen, tålte til tider litt lys, og ville gjerne ha besøk av og til. Hun ble flyttet inn på sykehjemmet midt i mitt feltarbeid. Jeg var inne der noen ganger, og da gjerne sammen med Else. Da mitt feltarbeid gikk mot slutten, spurte jeg Else om hun fortsatt besøkte denne ME-pasienten av og til. *"Nei, nå er det lenge siden jeg har vært der,"* svarte Else, *"jeg synes det er vanskelig uten deg. Jeg vet ikke helt hva vi skal snakke om. Det er litt dystert der. Men jeg synes jo fryktelig synd på henne selvfølgelig, hun ligger jo bare der. Mon tro om hun har en leilighet et sted, og om hun blir frisk igjen"*.

ME er en av de såkalte nye sykdommene. Flere av mine informanter hadde aldri vært borte i dette før, og mange forsto heller ikke helt hva det innebar. *"En slags utmattelsessykdom. Jeg lurer på hva som har skjedd når man blir så utmattet at man bare ligger der, tåler verken lyd eller lys, også unge mennesker, det er forferdelig"* sier Lilly. Dette nye, og fremmede, virket skremmende for flere. Det var nå to relativt unge mennesker, begge mellom 40 og 50 år gamle, som har hvert sitt rom på sykehjemmet. De deltok ikke på noen av aktivitetene eller ved måltidene, og ble dermed nesten usynlige beboere. De hadde unge kropper, men de fungerte ikke. De lå hele døgnet i sengene sine med døren lukket. Etter hvert virket det som de ble glemt, ingen nevnte dem mer eller besøkte den friskeste av dem. De falt på mange måter utenfor de kategoriene beboerne var vant til å tenke i. De var syke, men ikke på den måten at de lå på sykehus. Samtidig trengte de hjelp og pleie, i likhet med de øvrige beboerne på sykehjemmet. Men de var bare halvparten så gamle som de eldre på sykehjemmet. Dette skapte en viss usikkerhet, og mange kviet seg for å ta kontakt med den ME-syke damen som kunne ta imot besøk.

En dag fikk Lilly tilbud om et nytt rom. Hun ville gjerne bytte rom fordi hennes nåværende nabo var tiltagende dement, og hadde særdeles dårlig hygiene, som igjen førte til sjenerende lukt på rommet til Lilly. Hun ble tilbudt rommet ved siden av den ME-pasienten som var dårligst, hun som lå på det de kalte *"det mørke rommet"*. *"Jeg kan jo ikke flytte dit"*, sa Lilly. *"Jeg syens det er guffent der. Jeg vil ikke like å bo vegg i vegg med*

hun som bare ligger i mørkte, det er nesten litt skummelt". Lilly reserverer seg veldig mot å få en nabo som har en sykdom hun ikke forstår. Da tar hun heller til takke med den demente, som hun også mener er ganske forvirret, og direkte plagsom. Men hun kan i hvert fall se denne damen og vite hva som feiler henne, selv om hun synes det er ulidelig å bo ved siden av henne. *"Da får jeg heller sitte på rommet mitt med døren lukket, slik at stanken ikke trenger inn. Jeg kaller henne fru Stinkadore"*, sier Lilly til meg. Fysisk ubehag i form av lukt og lyder er altså å foretrekke framfor det ukjente, mørke og tause.

Grenser

Det kan virke som om kroppen på noen måter blir mer og mer grenseløs for noen av de eldre og syke, deriblant for Lydia. Inne på sitt eget rom kaster hun bleier med avføring omkring. Det virker ikke som om hun bryr seg om hvor kroppssekreter havner. De er en del av kroppen, men som en forlengelse. Sykehjemmets fire vegger eller den enkeltes roms fire vegger, fungerer på denne måten som en grense for kroppen. Lydias kropp blir etter hvert mer og mer grenseløs. I tillegg til å kaste bleier rundt, ankommer hun også etter hvert spisesalen uten bukser. Hun skiller ikke mellom kropp og rom, eller det private versus det offentlige. Det som Goffman (1959) beskriver som backstage blir hennes frontstage. Hun skiller tilslutt ikke mellom hva som er privat og hva som kan oppfattes som mer offentlig, slik som spisestuen og korridorene er. Dette vekker avsky hos andre, stanken vekker avsky. Bleier og lukt av urin blir også sett på som urent (Douglas 1984) og bør ikke stilles til utstilling.

Jeg har her sett på noen aspekter på kropp og helse hos beboerne på sykehjemmet, og gitt noen emiriske eksempler på hvordan noen av dem forholder seg til disse temaene. Kropp har et åpenbart helsemessig aspekt, men også et estetisk. Kropp er også med på å forme og bekrefte identitet og klassetilhørighet. Tap av kroppsfunksjoner kan også virke begrensende og stigmatiserende. Grenser kan bli uklare, og det som tidligere var å oppfatte som det private rom, kan nå ha beveget seg mot det offentlige. Vi er på mange måter preget av predisponerte kroppslige disposisjoner, men man kan også tenke litt utover det bourdieuske. Mennesker er rasjonelle, og kan dermed også se for seg konsekvensene av egen adferd. Dermed kan man også argumentere for at ikke alt er pre-programmert, men at man tilpasser seg nye omgivelser og forutsetninger, slik det er for

de fleste av mine informanter på sykehjemmet. De aller fleste bærer likevel med seg minnene om en frisk og funksjonell kropp.

8. Minner

I dette kapitlet vil jeg se på hvordan mine informanter forholder seg til egne og andres minner, og hvordan disse minnene blander seg med dagens hendelser, både store og små, samt nyheter fra innland og utland. Minner og erfaring er lagret i pågående persepsjoner, følelser og narrativt liknende konstruksjoner om pågående interaksjoner, som for eksempel i episoder heller enn i tidsbolker eller kognitive kategorisering (Kronenfeld et al. 2011:333).

Bakgrunn

De aller fleste av mine informanter på sykehjem kommer fra noenlunde samme bakgrunn, de er en relativt homogen gruppe. De er alle etnisk norske, kristne, i større eller mindre grad, og de har middelklassebakgrunn. Ikke alle var født inn i middelklassen, men det virker på meg som om de i hvert fall kom dit i løpet av sitt voksne liv. De fleste forteller om imponerende hus eller leiligheter de har forlatt for å bo på sykehjemmet. Noen har arbeidet, andre ikke. Flere av mennene som er på sykehjemmet har hatt høye stillinger i det private og offentlige næringsliv. Alle har vært eller er gift, med unntak av et par menn. De fleste har også reist en del og mange er svært språkkyndige, og ikke minst beleste.

Det er mange som forteller sine livshistorier, de er med på å vedlikeholde den sosial posisjon den enkelte innehar. Livshistorie et slags møte mellom nåtid, fortid og fremtid. Fortiden er med på å fortelle hvem de er nå, hvorfor de handler slik de gjør og hvilke referanser de har. Den forteller også noe om forventninger for fremtiden.

Lilly forteller i detalj om hvordan det var da hun vokste opp. I hennes aller første leveår hadde de et hus på en av øyene i Oslofjorden. Det var før det ble broforbindelse til fastlandet. Etter noen år kjøpte familien en leilighet sentralt i Oslo. Her tilbrakte de så alle vintrene, for så å vende tilbake til øya da sommeren kom. Det var flere som levde på denne måten, fortalte hun. Vinter i varme leiligheter i byen, og somrene i hus med hage på øyene rundt omkring i Oslofjorden. Da hun kom i 20-årene flyttet hun til en egen liten leilighet, først til en hun leide, der etter til en hun kjøpte. Hun snakker om denne tiden

med stor glede, beskriver lukt i oppgangen, og naboene hun hadde på den tiden. Hun var også i arbeid, slik at hun klarte seg selv. Etter en stund møtte hun mannen sin, og da kjøpte de i felleskap en villa som de totalrenoverte. Her ble de boende så lenge barna bodde hjemme, før de kjøpte leiligheten de nå bor i. Den beskrives som en ganske så stor leilighet, ikke langt unna sykehjemmet. Lilly bedyrer at hun fremdeles bor der, selv om hun i praksis har bodd på sykehjemmet i over to år nå. Hun har for eksempel ikke villet ta noe av møblene eller bildene fra leiligheten til rommet sitt på sykehjemmet, alt er kjøpt nytt fra Ikea. Så lenge jeg gjorde feltarbeid der var hun imidlertid ikke hjemme i leiligheten en eneste gang. Mannen vil gjerne ha henne hjem en helg eller så, men Lilly er nok litt engstelig for å forlate sykehjemmet som framstår som veldig trygt. Her får hun hjelp ved behov, det er faste rutiner og hun har noen å snakke med hvis hun ønsker det. I leiligheten er hun redd hun bare vil bli sittende inne alene.

For Else er det annerledes. Hennes leilighet er solgt, og møbler og bilder enten fordelt eller satt på et lager. Sykehjemmet er hjemmet hennes nå, uten retrett muligheter. Hun kan til tider virke litt trist på grunn av dette. Alt hun nå har igjen av hjemmet sitt er et lite rom på rundt 11 kvadratmeter. Tidligere bodde hun og mannen med barna i en relativt stor leilighet like ved. Da hun ble enke og barna hadde flyttet ut, kjøpte hun en litt mindre leilighet i etasjen over, og flyttet dit. Hun bodde med andre ord i samme bygård i ca 70 år, flyttet dit i 1938, da bygården var helt ny. Else forteller om et fantastisk samhold der under krigen. De aller fleste av beboerne var i samme situasjon, de fleste var unge og nygifte med små barn. Det fantes ingen barnehager der på den tiden. *"Barnehager var et ukjent begrep, i hvert fall for meg"* forteller Else. Det løste de ved å spleise på et gjerde som de satte opp mellom bygårdene, og leide inn en dame til å passe barna. En av mødrene måtte også være tilstede, slik at hvis en måtte på toalettet var det alltid en voksen igjen ute til å passe på. Ved flyalarm under 2. Verdenskrig måtte dessuten alle ned i kjelleren, og da var det nødvendig med to voksne. Parkområdene i nærmiljøet ble mye brukt, både med og uten barna. Når flyalarmen gikk, samlet alle naboene seg i kjelleren. Dette skapte livsvarige vennskapsbånd mellom beboerne i bygården. De fulgte hverandre gjennom ulike faser av livet, og gjør det fremdeles. Else får for eksempel en dag besøk av en av dem som var barn den gangen i samme bygård. Hun er også ivrig på at jeg skal snakke med henne, slik at jeg kan få et mer detaljert bilde av hvordan livet artet seg der under krigen og i årene som fulgte. Etter hvert tilbrakte

flere av bygårdbeboerne også deler av somrene sammen eller de tok med seg hverandres barn i noen uker på hytta. På den måten fikk alle mødrene litt fri. Det var i all hovedsak mødrene som hadde ansvar for barna, både til hverdags og i ferier. Else med mann kjøpte en hytte ved sjøen ikke langt unna Oslo. Her tilbrage Else og barna flere måneder om sommeren, mannen kom når han fikk ferie. De hadde også ved flere anledninger med seg noen nabobarn. Det var Else som kjøpte denne hytta for penger hun hadde arvet. Hytta ble innredet med gamle møbler som var til overs. *"I dag kjøper man nye møbler til hyttene. Det var aldri aktuelt på den tiden"* forteller Else.

Hun snakker ofte i telefonen med dem hun kjenner. Hun er nøye med å følge opp bursdager, og folk som er på reise. Hun forteller at hun har lagt seg til noen nye vaner etter at hun flyttet in på sykehjemmet for litt over to år siden. Foruten for å begynne å drikke kaffe, har hun nå også både ost og skinke på én og samme brødiskive. Dette er en luksus hun ikke er vant med fra tidligere.

Jacob beklager at han ikke kan jobbe mer. Han har tidligere vært aktiv i fylkeskommunen og kan mye om byråkrati. Han har hatt et slag, og kan derfor ikke være lenger være aktiv slik som han er vant til. Slaget har ført til at han sitter i rullestol med lammelse på venstre side. Men han trener både med sykehjemmets fysioterapeut og med en han leier privat. Han er gift med en kvinne som de andre ved bordet beskriver som *"en grepa dame"*. Hun ordner visst opp i det meste har jeg inntrykk av. *"Blir du syk er du avhengig å ha en ressurssterk familie som ordner opp"*. Jacob setter pris på mitt selskap ved bordet, han sier det blir mer som hjem ved at jeg sitter der. Dette kan nok ha en sammenheng med at jeg ikke er kledd i hvitt, og skiller meg tydelig ut fra pleierne. Jeg har selvfølgelig også tid til å sitte og prate, i motsetning til de som jobber der. Vi snakker en del om hvordan han pleide å ha det hjemme, spesielt da barna var små. Kona nevnes hele tiden som den som holdt familien samlet og ikke minst organisert. Hun arrangerte fritidsaktiviteter for barna og passet på at det praktiske med huset ble tatt vare på. Etter at Jacob fikk slag, ble leiligheten hans bygget om slik at den ble tilpasset rullestolen. Dørkarmer og dørterskler ble blant annet fjernet. Det var sønnene hans som utførte dette arbeidet, forteller han. Jacob har en av de rullerende plassene på sykehjemmet, det vil si at han er der i tre uker, så hjemme i tre uker. Dette er i hovedsak for at kona skal få litt avlastning så vidt jeg har forstått. Jacob kan ha til dels store smerter. En fredag i april sitter vi sammen til lunsj. Han forteller at han kvelden før hadde måttet vente i en time

før han fikk smertestillende. Dette om taler han som en katastrofe. *"Hvis jeg tar en Paralgin forte før jeg får fysioterapi, er det ikke på langt nær like smertefullt"* sier Jacob. Hjemme passer kona på at han får smertestillende til riktig tid.

Overgangen ved å flytte inn på et sykehjem kan være stor for flere. De er vant til å klare seg selv, styre sitt eget liv og hjem, og etter et fall eller sykdom blir de i varierende grad avhengig av andre for å klare de daglige gjøremål. Liv er en av dem som gjerne vil gjøre mest mulig selv. Hun er veldig sprek og er i begynnelsen av 80-årene. Hun forteller meg at hun helst tar morgenstellet selv. Pusser tenner, børster hår og kler på seg. Hun liker følelsen av mestring. Liv er også veldig glad i å gå turer og er mye ute i område rundt sykehjemmet på egen hånd. Hørselen har begynt å svikte, men hun forteller gjerne om livet da hun var ung. Sammen med mann, og etter hvert to barn, bodde de sine første år som nygift hos svigermor. Det var en liten leilighet de delte, med bare et soverom, slik at svigermor sov i stuen. Da barn nummer to ble født, mot mannens ønske *"Jeg måtte lure ham"* forteller Liv, ble dette barnet lagt i en skuff i kommoden i gangen. Leiligheten var simpelthen full. *"Men jeg kom godt overens med svigermor, så det gikk fint"*. Liv forteller videre at *"Jeg ville ha to barn, selv om mannen min mente vi ikke burde få flere på grunn av plassmangel. Etter hvert flyttet vi til en stor leilighet litt unna svigermor. Den leiligheten er nesten for stor, stue på stue. Jeg har ikke bruk for så stor plass nå."*

På sykehjemmet er Liv stort sett med på det som er av aktiviteter, unntakene er hvis hun har besøk. Hun er sosialt anlagt, men på grunn av litt dårlig hørsel tar hun ikke alltid del i samtalene rundt bordet. Det er ikke alle som er like aktive som Liv på sykehjemmet. Mange sitter stille hele dagen. En av dem som jobber nede i kantine og resepsjonsområde er indignert over at de eldre sjelden blir trillet ut på fine dager. Hun syns de er alt for lite ute i frisk luft. *"Det blir for mye rutine. De sitter og halvsover i de korridorene dag ut og dag inn. Og når kvelden kommer må de ha sovemedisin for å klare å sove."* Hun sier hun skal gå oppover i etasjene og spørre om noen skal ut etter hvert.

Utenriks

Det halvåret jeg tilbrakte på sykehjemmet var til dels preget av store dramatiske hendelser ute i verden og også her hjemme. Idet jeg begynner mitt feltarbeid har den papirløse immigranten Maria Amelie blitt arrestert og sendt tilbake til Russland. Lilly er

spesielt opprørt over dette, og mener at hun er en ressurs som absolutt må få lov til å bli i landet. Viktigheten av innvandring påpekes, vi trenger arbeidskraft i dette landet. Lilly, og flere av de andre beboerne på sykehjemmet, er opptatt av å få med seg nyheter. De leser avisen, gjerne Aftenposten, hver dag og hører på radio. De fleste andre, med unntak av Lilly, har også egen TV på rommet der de ser på nyheter. TV-en i gangen står dessuten alltid på, så selv de som ikke har egen TV får med seg viktige nyheter her. Hver morgen starter ofte med å diskutere dagens overskrifter og gårsdagens nyheter.

En dag blir det klart at Lilly er svært skeptisk til islam. Hun mener spesielt den er kvinnefiendtlig. Hun har lest Koranen og en bok skrevet av en tidligere kvinnelig muslim. Det er spesielt de mer ekstreme muslimene hun er skeptisk til, selv om hun ikke er veldig positiv til islam i sin helhet. Hun forteller om en av nattevaktene som er dekket til fra topp til tå i svart, noe hun syns er litt skremmende, og et godt eksempel på at islam er kvinnefiendtlig. Hun kan heller ikke forstå at de må gå kledd slik nå som de er i Norge. Det har litt med integrering og å tilpasse seg det norske samfunnet å gjøre, synes Lilly. De fleste temaer vi kommer innpå, vekker assosiasjoner til andre verdenskrig, også islam. Denne gangen hvordan utlendinger som kommer til Norge oppfører seg, og tilpasser seg de norske skikkene. Lilly forteller hvordan flere av tyskerne som kom til Norge var utsultet på fett. *"De spiste sjokolade med smør oppå. Tyskland var jo ribbet den gang vet du, på grunn av forrige verdenskrig og opprustning til den neste"* forteller Lilly. Etter litt snakk om andre verdenskrig og den matmangel den førte med seg, kommer vi inn på Egypt og de økte matvareprisene der. Lilly er spesielt oppdatert på hva som skjer der, det har akkurat vært opptøyer på Tahirplassen i Kairo. Jeg undrer meg på hvordan det kan ha seg at den forhenværende presidenten i Egypt, Mubarak, er noe av det første en 80 år gammel dame tenker på når hun våkner om morgenen. Det kan virke som om nyhetene oppleves noe sterkere når man bor på en institusjon, og har mindre impulser utenfra enn om man for eksempel er yrkesaktiv. De fleste av beboerne på sykehjemmet får også nyhetene inn fra flere kanaler, og ofte gjentatt mange ganger i løpet av døgnet. De har tid til å lese alle detaljer i avisene, og også høre og se nyheter på radio og TV. Mange av mine informanter har dessuten reist mye rundt om i verden, og kan relatere seg til det som skjer andre steder, i tillegg til at de selv har opplevd krig.

En morgen kommer en av de frivillige besøksvennene inn. Jeg har så vidt hilst på ham en gang før. Han er fast besøksvenn til en av de mannlige beboerne, som han kjenner fra før. Denne morgenen kommer han inn og setter seg sammen med oss ved frokostbordet. Det har i følge ham utspilt seg et aldri så lite drama på sykehjemmet noen dager før. Han er kritisk til hvordan sykehjemmet blir drevet, og til det generelle prinsippet bak sykehjem overhodet så vidt jeg forstår. Han kritiserer legen og pleierne som jobber ved sykehjemmet, og har skrevet flere brev til ledelsen med forslag om endringer i forhold til styring og bruk av sykehjemmet. Han mener blant annet at de ansattes rom som ligger i gangen med glassvinduer ut mot korridoren, må bort. Møter om beboerne mener han de ansatte kan ha blant beboerne i fellesarealene. Jeg opplever ham som nokså hissig, og kanskje ikke helt realistisk. Min mistanke om at dette er en hissigpropp blir bekreftet av bestyrer senere samme dag. Hun forteller om ansatte som føler seg truet av denne mannen, og er nærmest redde for ham. Ved frokostbordet den morgenen forteller han litt mer om hvordan han syns at samfunnet skal se ut, og om hvordan de eldre skal behandles. De bør for eksempel bo hjemme hos barna sine, ikke på sykehjem. Da blir det protestert høylytt blant de eldre. Lilly og Jacob er ikke enig i hans synspunkt. De har begge barn som lever aktive, travle liv. Det vil ikke passe å bo der. Dessuten har de jo så mye hygge på sykehjemmet. Det er jo både trim, høytlesning og forskjellige aktiviteter, i tillegg til hyggelig stemning og en trygghet i form av at det alltid er noen på vakt til å ta seg av dem dersom noe skulle skje. Ingen av de fem som sitter rundt frokostbordet den morgenen har noe ønske om å bo hjemme hos sine egne barn. *"de lever sitt liv, og vi vårt her"*. De fleste får dessuten ofte besøk av barna, og synes ikke det ville føles naturlig å skulle bo hjemme hos dem. De er enige om at sykehjemmene gjerne kunne hatt flere ansatte, og kanskje litt bedre mat til tider, men at det ikke er noe alternativ til å bo der.

Jeg har her sett på noen av minnene mine informanter delte med meg. Det var tydelig mye positivt å huske tilbake på, samtidig som jeg også fikk en større forståelse for hvem de er, hvordan de er blitt slik, og bakgrunn for hvordan de oppfattet verdensbildet slik det er i dag. Det er åpenbart at mesteparten av opplevelsene ligger bak i tid hos informantene mine. De vet at de verken har mye tid igjen eller flere store opplevelser i vente.

9. Døden

Kapellet i kjelleren er dekket med blomster, og er fylt opp av pårørende kledd i sort. Vi blir møtt av den faste sykehjemspresten. Klokken er 14.30 og John skal bisettes. Lilly, Else, Gunnar og jeg selv er tilstede sammen med to pleiere, samt slekt og venner av avdøde. Vi som kommer fra sykehjemmet setter oss på noen stoler langs den ene langveggen, de andre sitter på de faste stolene i forkant av altere. Det spilles sanger og salmer som familien har valgt ut akkompagnert av en organist. Presten forteller litt om hvordan John var da han levde, og leser fra Bibelen. Til slutt bæres kisten ut og inn i en ventende bil. Vi er alle invitert til en samling med servering oppe i kafeteriaen etterpå. Vi spiser snitter og kake, og noen venner og familiemedlemmer sier noen ord om John.⁹

Bisettelsen finner sted ti dager etter at John døde. De siste månedene var han sengeliggende. Han lå lenge med store smerter i følge Else. Jeg besøkte ham en del mens han lå i sengen, og han ble alltid veldig glad for besøk. Det var mange innom ham, han var en svært avholdt mann. På mitt siste besøk inne hos John forteller han at han snart skal reise videre. Jeg vet jo at han ikke skal på tur, så jeg tar det for gitt at han snakker om døden. Det er som om han vet at den snart vil inntreffe. Noe liknende forteller Lawton (1998) om fra sitt feltarbeid på et hospice¹⁰ i Sør-England. Der var det flere terminale syke mennesker som i dager før døden inntraff lukket seg inne i seg selv, og døde mentalt før den fysiske døden inntraff, akkurat som om de visste at nå var det over. I likhet med et sykehjem er også et hospice siste stopp, men med alvorlig kreftsyke mennesker i det sistenevnte. Lawton beskriver hospice som et "no place", - et sted innenfor der tabu prosesser og kroppslig deformasjon og forfall finner sted (Lawton i Sociology of Health and Illness 1998: 121). I hennes artikkel beskriver hun hvordan døende kreftpasienter er prioritert til fordel for eksempel eldre og de med kroniske sykdommer (ibid.) Dette kaller Harriss (1990) for "the diasadvantaged dying". Det oppleves ikke like dramatisk når en eldre person dør, som når man dør av kreft. Det er dermed mer oppmerksomhet knyttet til alvorlig syke, og dødsfall knyttet til dette. De

⁹ Utdrag fra egne feltnotater 28. april 2011.

¹⁰ Hospice er et hjem for kronisk syke eller døende personer. Behandlingen der skal verken fremskynde eller utsette døden, men virke hjelpende med henblikk på fysiske, psykiske, sosiale og åndelige problemer. Begrepet kommer fra Storbritannia.

fleste forventer at eldre på sykehjem skal dø innen en viss tid, selv om det også her noen ganger skjer fortere enn antatt. Sykehjemmene er lagt opp til å ta vare på folk før de dør, men det er færre pleiere der enn det reelt kunne vært behov for. Når en beboer ligger for døden, skal enten en pleier eller en pårørende hvis det finnes, våke over vedkommende. Tanken er at ingen skal dø alene. Når en kreftsyk person dør, skjer dette i mange tilfeller før vedkommende har oppnådd forventet levealder, og får dermed også mer oppmerksomhet. Døden og dødsprosesser er et av de største tabuområdene i vestlig kultur (Lawton 1998).

Død i verden

"Here (among the Iqwaye), man just dies, mother gives birth. You-me walk (i.e., we live)-you feel you will die, you die.....it is not like white man"

-Omalycaqulyi in Yalqwaalye 1985 (Mimica i Jackson 1996:213)

Døden er studert av antropologer over hele verden, og som avsnittet over viser, er det store variasjoner verden over hvordan døden og det å dø oppfattes (Robben 2004). I den vestlige kulturen blir døden oppfattet som en irreversibel hendelse, men i andre kulturer kan den oppfattes mer prosessuelt, syklisk eller at det finnes stadier av død (ibid.). I den vestlige verden registreres også alle fødsler og dødstill med nummer, dato og sted. Vi fører statistikk over livet på en annen måte enn hva antropologen Mimica (1996) beskriver hos Iqwayene på Papua New Guinea. Det er mange steder i verden der verken fødsler eller dødsfall registreres i noen offentlig protokoll. Men i likhet med min erfaring da John lå for døden, opplevde også Mimica at en av hans informanter fortalte ham at hun snart skulle dø. Kroppen var syk og sliten, og hun ventet på at døden skulle inntreffe. På Papua New Guinea kan man bli ansett som død før man faktisk dør. Dette er i tilfeller når kroppen er svært syk, og man er sengeliggende i hytten sin (ibid.) Mimica (1996) beskriver døden som en prosess. I Norge vil man ikke kalle noen som ennå ikke er fysisk døde for døde, men vi sier at de ligger for døden. De aller fleste får da besøk av sine nærmeste som blir tilkalt av enten sykehjem eller sykehus. Lawton (1998) forteller om at flere av de døende kreftsyke pasientene hun observerte ikke fikk besøk de siste dagene. Dette kunne skyldes at vedkommende allerede hadde "stengt igjen", lukket seg inne i seg selv mentalt, og på mange måter hadde forlatt kroppen allerede. I

tillegg førte ofte sykdommen til at kroppen gikk i oppløsning, og det ble en dertil stank som mange pårørende ikke holdt ut. De unnlot dermed å besøke den døende de siste dagene eller ukene (ibid.). I Japan derimot er man ikke å regne for død før man er kremert (Suzuki 2000). Hertz (1960) beskriver også hvordan et av målene med en begravelse blant Dayak av Kalimantan i Indonesia er med på å frigjøre de etterlatte for sorgperioden. Idet begravelsen er ferdig, er også sørgeperioden over. I Norge kaller vi også begravelsen for en avslutning, selv om det er vanlig å sørge lenger, spesielt om det er en nær slektning eller venn som er gått bort. Malinowski (1925, 2004) forteller fra sitt feltarbeid fra Melanesia at sørgetiden, som er den viktigste fasen ved et dødsfall, begynner etter at liket er vasket, pyntet og hender og føtter er bundet sammen. Blant Wari-indianerne i den vestlige delen av Amazonas er det vanlig å spise sine avdøde. Dette vekket avsky i den brasilianske befolkningen da det ble kjent på 1960-tallet (Conklin 1995). Kannibalisme er et av de største tabuer vi har, og integriteten til menneskekroppen, det hellige aspektet ved kroppen samt begravelsesritualene ligger dypt i den vestlige kulturen. Wari-indianerne på sin side kunne ikke forstå våre skikker med å begrave de avdøde i den kalde jorda for å råtne. Deres post mortem-kannibalisme var en måte å knytte bånd mellom de levende og de døde (ibid.).

I mange kulturer ender ikke den livet med den biologiske døden. Mange tror på evig liv for sjelen, en overlevende sjel, en syklus av liv og død og varianter av reinkarnasjon og regenerasjon (Robben 2004:11). I hinduismen i India kan liv bare skapes ved å forårsake død, mens død regenerer liv. Det blir dermed et null-sum-spill (Parry 1982). I følge Den Norske Statskirken har sjelen evig liv, og videre til Guds rike. Dette synet er delt av flere religioner, og også den muslimske. De fleste religioner har egne ritualer også når det gjelder bisettelse, begravelse og kremering. Troen på evig liv er en av de overordnede gavene religion har å by på i følge Malinowski (1925, 2004). Alternativet til det er nemlig utslettelse og forråtnelse i jorda, noe man frykter mest. Troen på spiritualitet kommer nettopp fra håpet om udødelighet (ibid.) De fleste av mine informanter var kristne, men det var lite snakk om hva som ventet etter døden. Jeg var med på en del andakter som ble holdt på sykehjemmet, men av dem jeg deltok på, var heller ikke her døden et tema som ble tatt opp. Det virket på meg som om døden alltid var til stedet på sykehjemmet, men at det sjelden ble pratet høyt om det. Freud sa at målet med livet var døden. Dette kan virke noe bombastisk. De fleste av oss går ikke og

venter på døden, selv om den unektelig vil komme. Dette virker også å være tilfelle med flere av beboerne på sykehjemmet. De er nærmere døden enn mange, men jeg vil si at det ikke virket som om de ventet på den. Det var selvfølgelig unntak og hjertesukk. Som da John døde, og Else virket lei av alt. *"Jeg skulle ønske det var meg som fikk slippe"*, sa hun til meg i timene etter at John var død. De var blitt venner på sykehjemmet, og hun var vitne til at stadig flere av dem hun kjenner dør. Else er 98 år på dette tidspunktet, og mange av hennes venner og bekjente har ikke oppnådd samme høye alder. Hun er samtidig på mange måter blant de sprekeste på hjemmet, for ikke å si en av de klareste, hun har ikke snev av senil demens. Hun er med andre ord fullstendig klar over hva som skjer på sykehjemmet til enhver tid, og hvem som dør.

Dødsfall

En morgen jeg kommer til sykehjemmet får jeg beskjed om at John og Lydia, som Lilly kaller Stinkadore, er døde. *"Det var på tide at John fikk slippe,"* sier Else. *"Han burde ha sluppet for flere måneder siden, tenk å ligge så lenge med store smerter".* *"Han var en å bli glad i",* sier Lilly. *"Ja, det var han virkelig",* svare Else. *"Men Lydia, hun sa vi bare hei og hadet til,"* forteller Lilly til en av aktivitørene. *"Nå kan jeg kanskje sitte litt på rommet mitt med døren åpen"* forsetter hun. Lilly er selvfølgelig sjokkert over at Lydia er død, selv om hun ikke hadde så mye pent å si om henne. Litt senere på dagen, når Else og jeg spaserer en tur i korridorene, sier Else: *"Der blir nå litt rart også da at den sangfulglen (Lydia) er borte. Det må jeg bare si at jeg synes"*. Døden er alltid tilstede på sykehjemmet, i større eller mindre grad. Døden blir ønsket velkommen når det er åpenbart at vedkommende har ligget lenge med store smerter, slik som i Johns tilfelle. Da er det på tide at man får slippe er de aller fleste enige om. En betrodde meg også at hun kunne ønske det var hun selv som fikk slippe nå. Da jeg besøkte John dagen før han døde, fortalte han meg at han nå snart kom til å reise videre. Noe han jo fikk rett i. Når beboerne dør uten lang tids sykeleie, virket dette mer sjokkerende på de øvrige beboerne. Da kan alle død uten forvarsel, og dette virker naturlig nok skremmende på de gjenværende. Livet på sykehjemmet er siste fase før døden, det er sikkert. Det som ikke er sikkert er hvordan og når man dør. Jeg opplevde ikke at noen av mine informanter snakket mye om dette, tatt i betraktning av at de fleste av dem var mye oftere vitne til døden enn de fleste av oss. Døden er veldig skjermet fra samfunnet, og skjer som oftest bak lukkede dører på et

sykehjem eller sykehus. Derfor er heller ikke de fleste av oss vitne til siste fase i livet eller døden. Temaet er heller ikke til stedet i vår daglige tale. Dette må jeg si med unntak av dette nyåret, januar og februar 2012, hvor mediene nettopp har satt søkelyset på hvordan man dør på sykehjem og sykehus. Debatten har dreid seg mye om døden er verdig, om man får den pleie man har krav på til det siste eller om man rett og slett sultes i hjel. Jeg var ikke vitne til det siste under mitt feltarbeid, men jeg var heller ikke til stedet hos alle som døde den siste tiden. Men mitt generelle inntrykk var at ingen døde alene. Dersom man forsto at døden nærmet seg, satt det alltid en pleier eller en pårørende inne hos vedkommende til livet tok slutt.

Noen av dødsfallene gikk også sterkt innpå flere av pleierne, spesielt de som døde brått, slik som Jacob. Han døde etter å ha kastet opp ved matbordet. Han var også en kjær samtalepartner for flere av de eldre, og ble dypt savnet. Det var også de beboerne som gjorde mye av seg, slik som Lydia. Hun var kanskje ikke den som var best likt blant de andre beboerne, hun sang høyt og skjærende falsk, luktet til tider svært ille, og kunne skjelle ut både beboere og ansatte. På toppen av dette hadde hun et svært grovt språk som til tider også var vulgært. Hun elsket å fortelle historier til alle som ville høre på fra den tiden hun tilbrakte i Paris som ung kvinne. Hun gjentok ofte hvordan hun der hadde sittet på en benk mens hun ventet på mannen, og ble tatt for å være prostituert. Hun avsluttet gjerne disse historiene fra Paris med å synge sanger fra den tiden, høyt og falsk. Hun oppholdt seg mye i fellesrommene og på gangen, slik at mange ble kjent med henne om de ville eller ei. Da hun døde ble det stille. Flere påpekte dette, også pleierne som til tider ble utsatt for verbale og fysiske angrep fra henne. De fysiske angrepene bestod i at hun kastet gjenstander etter den stakkaren som var inne på rommet hennes for å hjelpe til. De verbale angrepene var ispedd en hel del banneord.

Så var det de som aldri døde, men som folk hele tiden forventet at de skulle dø. Anna for eksempel, var innlagt på sykehuset i to uker med alvorlig lungebetennelse. Hun gikk ned flere kilo, og ble svært redusert. Men hun holdt seg i live, til tross for hva folk rundt henne trodde. Og Håkon, som var en sint gammel mann. Han var tidligere alkoholiker, og kroppen bar preg av et hardt liv. Han satt i rullestol, og hadde liten bevegelighet i armer og bein. Men sint var han, og veldig tynn. Det så på mange måter ut som et sinna skjelett

som satt i rullestolen. Han sosialiserte seg overhodet ikke med de andre, men tilbrakte tiden på rommet sitt. Hvis han ikke fikk oppmerksomhet når han ønsket, ropte han ut over hele avdelingen. Han ble på denne måten kalt en av "roperne". Flere ventet på at han skulle bukke under. Det virket ikke som om sannsynligheten for liv var til stedet i ham, likevel holdt han seg i live gjennom hele mitt feltarbeid. Det var også dem som ble fraktet til sykehus og døde der. Deres dødsfall kom da litt på avstand. Både fordi de var syke nok til å måtte på sykehus, og fordi døden fysisk sett ikke inntraff på sykehjemmet. Etter at noen av mine informanter døde, tok jeg meg selv i å håpe på at resten ville være i live hver morgen når jeg kom på sykehjemmet. Det ble etter hvert ingen selvfølge.

I dette siste empiriske kapitlet har jeg sett på døden og hvordan den hele tiden var tilstedeværende på sykehjemmet. Jeg har gitt noen eksempler for å belyse hvilke reaksjoner en persons død skapte hos beboere og ansatte. Jeg har også tatt med noen andre antropologers erfaringer og studier av død og dens påfølgende ritualer andre steder i verden.

10. Avsluttende kommentarer

Jeg har i min oppgave sett på eldre som beboere på et sykehjem, og hvordan livet fortøner seg der. Mitt hovedfokus har vært hvordan de gjensker sin identitet som beboere på et sykehjem. Denne nye identiteten er bygget på at de nå er svakere enn det de var før og egenskaper de har mistet. Eldre som av forskjellige grunner må flytte inn på et sykehjem, taper mye av sin sosiale status. De er ikke lenger bidragsytere i samfunnet på samme måte som de tidligere har vært. De må gjenske sin identitet og forme sin nye rolle som sykehjemsbeboere. Tap av sosial status kan virke negativt på eldre i en pleiesituasjon, fordi dette ofte står som kontrast til de eksisterende idealer i samfunnet vårt. I motsetning til i vårt samfunn mister ikke mennesker i Asia, Afrika og Oseania sin juridiske rett eller autoritet selv om de blir gamle og eventuelt senildemente. Oppgavene deres blir bare delegert videre til andre medlemmer av familien eller samfunnet, og ansvaret de beholder er mer av en symbolsk art (Kertzer & Keith 1986). Dette er forskjellig fra Norge, hvor vi blir umyndiggjort ved dementia. Her mister vi også i stor grad vår symbolske makt. I Norge blir ikke eldre nødvendigvis sett på som en ressurs, men ofte som en økonomisk byrde. Idet eldre mennesker kommer på sykehjem, går de samtidig inn i det som kalles en liminalfase i rites-de-passage-teorien. Det kan oppleves som et overgangsrituale der de går fra sin tidligere tilværelse og er på vei inn i en ny. Den sosiale statusen endrer seg, man kommer i en ny situasjon der identitet må gjenskapes og opprettholdes. De må definere sin identitet og rolle på nytt. Noen omfavner sin rolle som beboere på et sykehjem, mens andre ikke helt klarer å identifisere seg selv som en sykehjemsbeboer. Det finns også de som ikke tilpasser seg livet på sykehjemmet, og dør relativt raskt etter ankomst. Identiteten formes og opprettholdes gjennom kroppen. Til slutt opphører identiteten ved at døden inntreffer. Dette er utgangen av livet på sykehjemmet og dermed slutten av liminalfasen.

Livet i en liminalfase oppleves ofte som usikkert og også smertefullt. Usikkert fordi man ved tap av tidligere sosial status også har mistet mye av sin identitet. Man kan oppleve å være både sårbar og nedbrutt i denne fasen. Samtidig er liminalfasen en tid hvor man danner nye relasjoner og skaper nye rutiner. Beboerne på et sykehjem danner relasjoner til de andre beboerne og de ansatte der. De skaper sin plass i det lille lukkede

samfunnet som befinner seg innenfor sykehjemmets fire vegger. Livet på sykehjemmet er på mange måter skjermet fra omverden, det er en lukket liten verden, selv om den eksisterer midt i blant oss. Den er ikke bokstavelig talt lukket, men i praksis kan den nok oppleves som lukket for de som bor der. Liminalfaser oppleves også ofte som en lukket verden fordi den utelukker alle som ikke er i den fasen selv. Den kan nok oppleves ensom til tider fordi det livet man har levd før og er vant med, nå er blitt tatt fra en. Identiteten blir utfordret og må skapes på nytt og opprettholdes. Dette gjøres blant annet i relasjon til de andre beboerne, men også ved hjelp av minnearbeid og opprettholdelse av vaner og rutiner. De forsøker også ved bruk av kropp og fysiske gjenstander slik som klær, møbler, bilder og bøker å fortelle hvem de er. Hjemmet de eldre skaper på rommene sine bidrar til å kommunisere ut identiteten. Bilder av familiemedlemmer, malerier, en kommode og noen blomster og pynteputer er med på å vise hvem de er gjennom hvilket liv de har levd. Livet på sykehjemmet skaper dermed en ny identitet for beboerne.

Identitet er for mennesker rotfestet i språket vårt, og vi bruker det for å vite hvem som er hvem, samt fortelle andre hvem vi er. Hyggelig samtale og høflig språk betyr mye for mine informanter. De gjentok mange ganger hvor viktig den gode samtalen rundt bordet var, og at dette var et av høydepunktene i løpet av dagen. Det er mange ensomme eldre, også på et sykehjem selv om de der bor i et felleskap. De ansatte har ofte ikke tid til å sette seg ned og prate, og flere av beboerne har mistet evnen til klar tale. Identifikasjon er en prosess, den er ikke en statisk situasjon, og den kan også befestes gjennom andre virkemidler enn språk. Dette kommer til uttrykk for beboerne på sykehjemmet gjennom rutiner, minnearbeid, kroppslige prosesser og ikke minst gjennom deres relasjon til de andre beboerne og de ansatte.

Rutinene på sykehjemmet er viktig for beboerne. Det skaper en følelse av hverdag og kontinuitet. Dagene kan planlegges og bli forutsigbare, samtidig som det også kan holde døden litt på avstand. Det blir ved faste rutiner også lettere å gi dagene innhold og også mening. Lilly påpekte en gang at hun syns det var svært uheldig å få besøk i tidsrommene måltidene ble servert. Det var et av høydepunktene på dagen da det skjedde noe, og de var samlet rundt bordet til mat og samtale. Et besøk medførte at de

gikk glipp av felles samling rundt bordet, og heller måtte spise maten på rommet sitt sammen med de besøkende eller vente til etterpå. Det å samtale med andre, en opplevelse av et sosialt felleskap, er svært viktig for mange av de eldre på sykehjemmet. Dette virket stimulerende og bidro ikke minst til glede og hygge. Dette fellesskapet som oppsto på sykehjemmet bar også preg av grupperinger, de som var friskest mentalt tok ganske tydelig avstand fra de demente. Dette var hovedsakelig for å bekrefte sin identitet som "klar", men det var nok også basert på frykt. Frykt for selv å bli dement. Ingen av beboerne kjente hverandre eller noen av pleierne fra før, så de måtte presentere seg selv, sin identitet og livshistorie da de flyttet inn. De måtte også gjenskape seg selv i den forstand at de måtte omdefinere sin egen rolle og identitet som beboer av et sykehjem for eldre. Identitet handler i stor grad om å posisjonere seg i forhold til de signifikante andre. Kontekst og tid er avgjørende, og for mine informanter var sykehjemmet og dets beboere og ansatte det de forholdt seg til hver dag.

Jeg så i løpet av mitt feltarbeid at beboernes forhold til kropp, både med tanke på det visuelle og det funksjonelle, er også med i de eldres arbeid med å forme sin nye rolle som beboer på et sykehjem. De har eldre kroppar som ikke fungerer på samme måte som de gjorde før, og inkontinens er for eksempel vanlig blant eldre. Dette er nok et symbol på at eldre i en pleiefase blir betraktet og behandlet som barn, ikke lenger voksne. Det eksisterer et gjensidig forhold mellom kropp og samfunn i ethvert miljø, også på sykehjemmet. Kroppen forandrer seg for alle når vi blir eldre, men man er samtidig bare en eldre utgave av seg selv. Denne eldre utgaven forsøker de fleste å kommunisere ut til omverden gjennom de virkemidlene de er i besittelse av. Kroppen er et av de viktigste virkemidlene vi har, og gjennom kroppen og måten den blir modifisert eller tilpasset på, blir selvforståelsen skapt og reproduisert. Dette er også i henhold til teorien om habitus, som er den underliggende, ubevisste orden. Vi blir påvirket av tingene, landskapet og det kulturelle miljøet vi vokser opp i, og dette virker igjen konstituerende for våre handlinger og ikke minst vaner. I tillegg til dette er vi også tenkende mennesker og kan forutsi konsekvenser av handlingene. Dette gjør oss svært tilpasningsdyktige, noe som er en god egenskap i det man blir beboer på et sykehjem. Kropp og sykdom er temaer som er viktige for mine informanter, selv om det som samtaletema var litt tabubelagt. Man skal helst ikke snakke om sykdom på sykehjemmet. God helse derimot kunne man samtale om. God helse er også forbundet med yngre

dager, og gjennom fortellinger om levde liv tegnet de et bilde av seg selv og den identiteten de gjerne ville kommunisere ut. Fortellinger av livshistorier er også viktig for de eldre for å gjenskape sin identitet.

Oppholdet på et sykehjem ender for beboerne med døden. Det var også derfor naturlig å avslutte min avhandling om livet før døden, en studie av livet på et sykehjem, med nettopp dette. Døden blir dessuten ofte sett på som et forstyrrende element i den sosiale orden. Identiteten skapes og opprettholdes, og til tider utfordres, gjennom kroppen. Til sist slutter kroppen å fungere og døden inntreffer. Da opphører også identiteten.

Gjennom mitt feltarbeid og masteroppgave har jeg forsøkt å gi et bidrag til antropologien ved å vise at teorier som opprinnelig ble brukt på fremmede kulturer, slik som teorien om rites-de-passage også kan anvendes på en studie av en institusjon i Norge. Det er selvfølgelig forskjeller, men jeg mener at det har vært nyttig å ha denne teorien som et bakteppe for å forstå hvordan livet er på et sykehjem, samtidig som det ledet meg inn i fokuset på identitetsskaping og viktigheten av relasjoner. Jeg mener jeg har fått en dypere forståelse ved hjelp av teoriene jeg har anvendt. Teorien om den totale institusjon var også i stor grad med på å hjelpe meg til å forstå forskjellen mellom livet på en institusjon og livet på utsiden. Jeg har også hatt god nytte av å lese hvordan andre antropologer har studert institusjonalisert liv, både i Norge og i resten av verden. Mitt feltarbeid har gitt meg en større innsikt i det samfunnet vi lever i, noe av den grunnleggende kulturen i Norge og ikke minst hvordan det kan oppleves å bli gammel her.

Norge er et av verdens rikeste land, men jeg er ikke sikker på om vi har et av de bedre sykehjemstilbudene for eldre som ikke lenger kan bo hjemme. Sykdom, tap av funksjoner og død er noe vi gjerne vil gjemme litt bort i vårt samfunn. Vi vet at de fleste av oss vil ende opp med behov for hjelp når vi blir gamle, men likevel er livet på et sykehjem fremdeles ukjent for de aller fleste. Jeg har i min oppgave forsøkt å menneskeliggjøre beboerne på et sykehjem, og gjøre den usynlige delen av samfunnet mer synlig. Jeg møtte mange usedvanlige mennesker i løpet av mitt feltarbeid, både pleiere og beboere. Men mitt hovedinntrykk av sykehjem i Oslo og Norge er ikke udelt positivt. Det mest iøyenfallende er at det mangler ressurser, men også kunnskap. Det er

viktig å være klar over at de eldre har mistet sin tidligere sosiale status og er i ferd med å danne seg en ny identitet.

Til slutt

Jeg er på besøk på sykehjemmet i midten av mars 2012: Else og Lilly sitter sammen med Gunnar og Peder og spiser lunsj. Alle beboerne på post 2 er nå samlet i den store stuen, så lydnivået er høyt. Jeg setter meg ned og ser meg rundt etter dem jeg kjenner, flere mangler. Jeg spør Else om hvor de forskjellige er, deriblant Solveig. "Solveig? Hvem? Å, Solveig ja. Nei, hun er død, må være tre uker siden, tror jeg. Helga er også død. Det er så mange her som er døde nå, alle dør".

Litteraturliste

Barnard, Alan and Spencer, Jonathan (2010) "The Routledge Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology".

Routledge, London and New York.

Berger, P.L and Luckmann, T (1967) "The Social Construction of Reality"

London; Allen Lane.

Bjelland, Anne Karen (1981) "Aldershjemmet som livsmiljø, en analyse av beboernes tilpasningsmønstre og identitetshåndtering."

Hovedfagsoppgave i sosialantropologi, høsten 1981, Universitetet i Bergen.

Bjelland, Anne Karen (1982) "Aldring og identitetskrise. En studie i et aldershjems livsmiljø", *Bergen Occasional Papers in Social Anthropology*, no.27,

Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Bergen.

Bourdieu, Pierre (1973) "Ch. 18: The Berber House" i *Rules & Meanings* 1973 ss. 98-110

Penguin Education.

Bourdieu, Pierre (1977) "Outline of a Theory of Practice"

Cambridge University Press .

Bourdieu, Pierre (2002) " Ungkarsballet. Krise I bondesamfunnet"

Pax Forlag AS Oslo 2004, orginaltittel: "Le bal des célibataires"

Carsten, Janet (2000) "Cultures of relatedness. New Approaches to the Study of Kinship"

Cambridge University Press.

Cohen, L. (1998) "No Aging in India the bad family, and other modern things".

Berkeley, University of California Press.

Conklin, Beth A. (1995) "Thus Are Our Bodies, Thus Was Our Custom: Mortuary

Cannibalism in an Amazonian Society" I "*Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader*". Edited by Robben, Antonius C.G.M

Blackwell Publishing 2004

Csordas, Thomas J. (1999) "The Body's Career in Anthropology" i *Anthropological Theory*

Today Edited by Henrietta L. Moore

Polity Press 1999

De Certeau, Michel (1984) "The Practice of Everyday Life".

University of California Press.

Desjarlais, Robert (1997) "Shelter Blues. Sanity and Selfhood Among the Homeless."

University of Pennsylvania Press.

Douglas, Mary (1973) *Collected Works ; "Rules and Meanings. The Anthropology of Everyday Knowledge"*

Routledge London and New York

Douglas, M. (1984) "Purity and Danger: an Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo". London: Ark.

Douglas, Mary (1986) "How Institutions Think"

Syracuse University Press, New York

Douglas, M. (1991). "The Idea of a Home: A Kind of Space". i *Social Research. Vol. 58, No. 1, pp. 287-307.*

Elstad, Jon Ivar (2010) "Helse" i Frønes, Ivar og Kjølørød, Lise "*Det norske samfunn*"

Gyldendal Akademisk, Gyldendal norsk forlag 2010

Fortes (1984) "Age, Generation, and Social Structure" i *Kertzerer, David and Keith, Jennie: Age and Anthropological Theory* Cornell Press ss. 99

Garro, Linda C. (2011): "Trouble as Part of Everyday Life: Cognitive and Sociocultural Processes in Avoiding and Responding to Illness" I Kronenfeld, Giovanni Bernardo, de

Munck, Victor C. and Fisher, Michael: "*A Companion to Cognitive Anthropology*".

Blackwell Publishing 2011

Gennep, Arnold van (1909) "The Rites de Passage".

University of Chicago Press, 1960, 1. Pub 1909.

Gennep, Arnold van (1909) "The Rites de Passage" i "*Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader*". Edited by Robben, Antonius C.G.M

Blackwell Publishing 2004

Goffman, Erving (1959) "Vårt rollespill til daglig".

Orginaltittel: "The Presentation of Self in Everyday Life" (1959)

Pax forlag 1992

Goffman, Erving (1961) "Anstalt og Menneske" Orginaltittel; "Aylums"

Erving Goffman and Doubleday & Co.

Dansk utgave, Jørgen Paludans forlag, 1967

Goffman, Erving (1963) "Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity"

Prentice-Hall Inc. Penguin Books 1990.

Gullestad, M. (1992). "The Art of Social Relations - Essays on Culture, Social Action and Everyday Life in Modern Norway".

Oslo Scandinavian University Press.

Harris, L. (1990) "The disadvantaged dying" i *Nursing Times*,

Vol. 86, ss. 26-8.

Hauge, Solveig (2004) "Jo mer vi er sammen, jo gladere vi blir?- en feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim".

Faculty of Medicine. University of Oslo.

Hauge, Solveig og Jacobsen, Frode F. (2008) "Hjem, eldre og hjemlighet".

Cappelen akademiske forlag, Oslo 1. Opplag

Hertz, Robert (1960) "A Contribution to the Study of the Collective Representation of Death" i "*Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader*". Edited by Robben, Antonius C.G.M

Blackwell Publishing 2004

Hockey, Jennifer Lorna (1990) "Experiences of Death: An Anthropological Account",
Edinburgh University Press.

Hutchinson, Sharon E. (1996) "Nuer Dilemmas. Coping with Money, War, and the State".
University of California Press.

Ingold, Tim (2000) "Ch. 11: The Temporality of the Landscape" i *The Perception of the Enviroment. Essays on Livelihood, Dwelling and Skill* ss. 189-208

Ingstad, Benedicte (2007) "Medisinsk Antropologi. En innføring".

Fagbokforlaget

Jackson, Michael (1996) "Things as They Are. New Directions in Phenomenological Anthropology".

Indiana University Press.

Jacobsen, Frode F. (1990) "Sykehjem. En studie av sosialt liv."

Universitetet i Bergen.

Jenkins, R. (1992). "Social Identity."

London Routledge

Kertzner, David I. and Keith, Jennie (1984) "Age and Anthropological Theory."

Cornell University Press

Kleinman, A. (1973) "Medicine's Symbolic Reality: On the Central Problem in the Philosophy of Medicine," i *Inquiry* 16, nr 2, s.149-160 i Ingstad, Benedicte: "Medisinsk Antropologi. En innføring".

Fagbokforlaget 2007

Kofod, Jens (2008) Ph.D. theses "Becoming a Nursehome Resident. An Anthropological Analysis of Danish Elderly People in Transition".

Institute of Anthropology, Faculty of Social Science, University of Copenhagen.

Kronenfeld, D.B., Bennardo, G., Munck, V.C de, Fisher, M. (2011) "A Companion to Cognitive Anthropology"

Blackwell Publishing Ltd.

Lakoff, George and Johnson, Mark (1980) "Metaphores We Live By"

The University of Chicago Press.

Lawton, Julia (1998): "Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded

body and "dirty dyings" I *Sociology of Health & Illness* Vol.20 no. 2 1998 ISSN 0141-

9889, pp. 121-143

Department of Social Anthropology, University of Cambridge

Lock, Margaret (1993). "Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and

North America". London University of California Press.

Lock, Margaret (1997): "Displacing Suffering: The Reconstruction of Death in North

America and Japan" i *"Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader"*. Edited by

Robben, Antonius C.G.M

Blackwell Publishing 2004

Malinowski, Bronislaw (1925): "Magic, Science and Religion" " i *"Death, Mourning and*

Burial. A Cross-Cultural Reader". Edited by Robben, Antonius C.G.M

Blackwell Publishing 2004

Marcoux, J.-S. (2001) "The Casser Maison Ritual. Constructing the Self by Emptying the

Home." i *Journal of Material Culture*, 6(2), pp. 213-235.

Merleau-Ponty, Maurice. (1945) "Phenomenology of Perception".

Routledge & Kegan Paul. New York 1994.

Miller, Daniel (2010) "Stuff".

Polity Press Cambridge, UK.

Mimica, Jadran (1996) "On Dying and Suffering in Iqwaye Existens" ss 213-237I

Jackson, Michael: "*Things as They Are*". *New Directions in Phenomenological Anthropology*".

Indiana University Press 1996

Myerhoff, B. (1979). "Number our Days."

New York. E.P Dutton.

Parry, Jonathan (2004) "Sacrificial Death and the Necrophagous Ascetic" i "*Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader*". Edited by Robben, Antonius C.G.M
Blackwell Publishing.

Paterniti, D.A. (2003). "Claiming Identity in a Nursing Home". Edited by Guibrium, J.F. and
Holstein, J.A. *Ways of aging*.
Malden, Mass. Blackwell Publishing.

Robben, Antonius C.G.M. (2004) "Death and Anthropology: An Introduction" i "*Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader*". Edited by Robben, Antonius C.G.M
Blackwell Publishing

Ross, J.-K (1977) "Old People, New Lives. Community Creation in a Retirement Residence." The University of Chicago Press. Chicago, London.

Scheper-Hughes og Lock (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". i *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 1, No.1,s. 6-41.

Sheper-Hughes, Nancy (1992) "Death Without Weeping" i *"Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader"*. Edited by Robben, Antonius C.G.M
Blackwell Publishing 2004

Shield, Renée Rose (1988) "Uneasy Endings. Daily Life in an American Nursing Home", Cornell University Press.

Shield, Renee Rose & Aronsen, Stanley M. (2003) "Aging in Today's World. Conversations between an Anthropologist and a Physician"
Berghahn Book New York and Oxford

SSB- Statistisk Sentral Byrå

Stoller, Paul (1989) "Ch. 2: Eye, Mind, and Word in Anthropology" i *The Taste of Ethnographic Things. The Senses in Anthropology* ss. 37-55

Strauss, Anne (1978): "The Meaning of Death in Northern Cheyenne Culture."
Plains Anthropologist 23 (79): 1-6

Suzuki, Hikaru (2000) "The Phase of Negated Death" i *"Death, Mourning and Burial. A Cross-Cultural Reader"*. Edited by Robben, Antonius C.G.M
Blackwell Publishing 2004

Townsend, P. (1962(64)). "The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales". Routledge & Kegan Paul. London

Turner, Victor (1967) "The Forest of Symbols".
Ithaca: Cornell University Press

